



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet – Institutt for psykologi

Risikofaktorer for, og beskyttelsesfaktorer mot sekundærtraumatisk stress, vikarierende traumatisering og compassion fatigue blant ansatte i psykisk helsesektor: En systematisk litteraturgjennomgang

Hanne M. Dahlberg og Ida Grindahl

Veileder: Jens Thimm

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol.

Mai 2020

**Risikofaktorer for, og beskyttelsesfaktorer mot sekundærtraumatisk stress,
vikarierende traumatisering og compassion fatigue blant ansatte i psykisk
helsesektor: En systematisk litteraturgjennomgang**

*Risk and protective factors of secondary traumatic stress, vicarious traumatization and
compassion fatigue in mental health workers: A systematic review*

PSY-2901, Hovedoppgave for graden Cand. Psychol.

Hanne Dahlberg og Ida Grindahl

Veileder: Jens Thimm

UiT- Norges Arktiske Universitet

Mai 2020



Forord

Veien til denne oversiktsartikkelen startet i mars 2019, da tema for avsluttende eksamen ved profesjonsstudiet i psykologi skulle velges. Vi hadde selv friheten til å velge tema, problemstilling og veileder for oppgaven. Bakgrunnen for tema var et ønske om å fordype oss innenfor traume og traumereaksjoner, samt undersøke vinklinger av feltet som enda krever dypere forståelse og forskning. Sekundærtraumatisk stress, vikarierende traumatisering og compassion fatigue blant terapeuter var et interessant tema for oss da det lot oss kombinere vår interesse for traumefeltet, det var relevant for oss som kommende psykologer, og det er et forskningsfelt med flere mangler. Vi ønsket Jens Thimm som veileder da han har traumer som en av sine forskningsinteresser.

Jens har vært svært tilgjengelig for oss som veileder, og han har vært god å rådføre seg med da vi selv har utført søket, sammenstilt resultatene og utformet oppgaven. Han har i tillegg inspirert oss til å tenke kreativt rundt vårt ønske om å skrive om traumer. Da mye forskning allerede har fokusert på pasienters traumereaksjoner etter direkte påvirkning, oppfordret han oss til å undersøke påvirkningen indirekte traumeeksponering kan ha på terapeuter. Relatert til dette ønsket vi å få en oversikt over risikofaktorer for, og beskyttelsesfaktorer mot STS, VT og CF blant terapeuter i psykisk helsesektor.

Oversiktsartikkelen har vært svært lærerik å utforme. Ida hatt hovedansvar for metode og resultatdel, mens Hanne har hatt hovedansvar for innledningen. Resterende deler har blitt utviklet gjennom et tett samarbeid. Som kommende psykologer har det vært givende å få innsikt i et felt som har vært lite utforsket i norsk litteratur, og som heller ikke er et sentralt tema i utdanningen. Vi håper artikkelen også vil gi noe til den som leser.

Takk!

Sammendrag

Sekundærtraumatisk stress (STS), vikarierende traumatisering (VT) og compassion fatigue (CF) er termer som brukes for å beskrive negative, psykologiske reaksjoner som kan forekomme etter indirekte eksponering for traumatiske opplevelser. Helsepersonell som jobber med traumeutsatte kan antas å være i særskilt risiko for selv å utvikle traumesymptomer, da de i stor grad eksponeres for andres traumatiske opplevelser gjennom sitt arbeid. Denne systematiske litteraturgjennomgangen hadde som formål å kartlegge risikofaktorer for, og beskyttelsesfaktorer mot STS, VT og CF blant helsepersonell som jobbet med traumeklienter i psykisk helsesektor. Systematiske søk ble gjennomført i databasene PsycINFO, EMBASE og MEDLINE. Inklusjonskriteriene var at studiene undersøkte risiko- eller beskyttelsesfaktorer mot STS, VT eller CF, at deltakerne jobbet med traumeutsatte innenfor psykisk helsesektor, at STS, VT eller CF var behandlet som utfallsvariabel i analysen, at studiene hadde empirisk og kvantitativt design, og at validerte måleinstrumenter ble benyttet til å måle utfallsvariablene. Søket produserte 27 studier som møtte våre inklusjonskriterier. Resultatene indikerer at personlig traumeerfaring, emosjonell reaktivitet, utbrenthet og høy sekundærtraumatisk eksponering er risikofaktorer for STS, personlig traumeerfaring og emosjonell reaktivitet for VT, og emosjonell reaktivitet, utbrenthet og høy sekundærtraumatisk eksponering for CF. Profesjonell kompetanse i form av utdanning, profesjon og spisskompetanse for aktuell problematikk, profesjonell mestringstro i form av troen på å mestre sine arbeidsoppgaver, veiledning, og profesjonell støtte er indentifisert som beskyttende faktorer mot STS, VT og CF, og egenomsorg mot STS og CF. Studiens kliniske implikasjoner blir diskutert.

Ansatte innenfor psykisk helsesektor er ofte i kontakt med mennesker som har vært utsatt for svært belastende livshendelser, som for eksempel vold eller ulykker, og som har gitt traumereaksjoner. Slike reaksjoner kan være mareritt, flashbacks, påtrengende minner, kroppslig anspenning og/eller nummenhet, skvettenhet, søvnproblemer, og/eller unngåelse av inntrykk som assosieres med hendelsen (World Health Organization, 2018). De siste 30 årene har forskning på traumeeksponering belyst at traumereaksjoner ikke er begrenset til ofre alene. Å være vitne til en hendelse, å lytte til detaljerte beskrivelser av en traumatisk hendelse, eller å ha eksplisitt kunnskap om en hendelse, kan føre til at hjelpere selv utvikler traumesymptomer. Hjelperen i traumeterapi tilbyr seg selv som en medreisende, et vitne, og en for klienten å holde i hånden under reisen (Benum, 2014). Dette krever et sterkt empatisk engasjement som kan gjøre hjelperen sårbar for å utvikle egne negative reaksjoner.

At profesjonelle kan påvirkes av deres forsøk på å hjelpe mennesker i nød, har lenge vært anerkjent. Helt siden tidlige psykoanalytiske teorier om overføring og motoverføring ble introdusert, har ulike termer blitt brukt for å fange og forstå fenomenet (Turgoose & Maddox, 2017). Termer som sekundærtraumatisk stress (STS)¹, vikarierende traumatisering (VT) og compassion fatigue (CF)² blir brukt i litteraturen for å beskrive negative, psykologiske reaksjoner som resultat av å være indirekte eksponert for en traumatisk hendelse. Begrepene har vært kilde til diskusjon i fagmiljøet, der enkelte kritikere advarer mot å patologisere terapeuters reaksjoner på klienters erfaringer. Kritikere poengterer at de fleste traumeterapeuter ikke synes å få belastningsskader i sitt arbeid, og stiller spørsmål ved om det er hensiktsmessig å snakke om traumatisering når en person kun indirekte har vært eksponert for hendelser, da dette vil innebære en utvidelse av traumbegrepet (Berge, 2005).

¹ Termene sekundærtraumatisk stress og sekundærtraumatisk stresslidelse brukes begge i litteraturen på feltet. Artikkelen vil i hovedsak anvende sekundærtraumatisk stress, men omtaler sekundærtraumatisk stresslidelse der hvor de aktuelle referansene har brukt det.

² Begrepet compassion fatigue oversettes ofte til norsk som «omsorgstretthet». Artikkelen vil imidlertid benytte det engelske begrepet da det anses som et mer kjent og dekkende begrep.

Imidlertid viser en rekke studier at det er en betydelig andel som utvikler symptomer som likner posttraumatisk stresslidelse (PTSD) som følge av indirekte eksponering for traumatiserende hendelser. Det er for eksempel anslått at mellom 15 % og 39 % av helsepersonell som indirekte eksponeres for traumer lider av sekundærtraumatisk stress (Bride, 2007; Hatcher, Bride, Oh, King & Catrett, 2011). Helsepersonell som arbeider med psykiske traumer antas å være i en særskilt risiko, da de stadig eksponeres for detaljerte beskrivelser av andres traumatiske opplevelser gjennom sitt arbeid (Berge, 2005). Det er viktig å identifisere faktorer som øker sårbarheten for å utvikle negative ettervirkninger for å kunne implementere forebyggende tiltak. Formålet med denne systematiske litteraturgjennomgangen er derfor å kartlegge risikofaktorer for, og beskyttende faktorer mot sekundærtraumatisk stress, vikarierende traumatisering, og compassion fatigue blant helsepersonell som jobber med traumeutsatte i psykisk helsesektor.

Traume og traumereaksjoner

Traume

Når en snakker om begrepet «traume» i dagligspråket, er det gjerne hendelsen i seg selv som omtales som selve traumet. Det er imidlertid reaksjonene i ettertid som avgjør hvorvidt hendelsen var av traumatiserende karakter (Anstorp & Benum, 2014). Da PTSD først ble introdusert i den tredje utgaven av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980), var definisjonen på en traumatisk hendelse «en gjenkjennbar stressor som ville skapt signifikante symptomer av lidelse» (s. 238, vår oversettelse). I den reviderte utgaven av DSM-III (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987), ble definisjonen av traume endret til «en hendelse utenfor rekkevidden til vanlig normale menneskelige opplevelser, og som ville skapt markant nød hos nesten alle» (s. 250, vår oversettelse). Ordet «traume» kommer fra gresk og betyr skade eller sår på kroppen av fysisk eller psykisk karakter (Anstorp & Benum, 2014). I somatikken snakker en om

kroppslige traumer etter ulykker eller andre fysiske påkjenninger. Fra et psykologisk perspektiv er traume i større grad basert på enkeltpersoners opplevelse av hendelsen. På den måten kan en hendelse være traumatisk for én person, men ikke gi traumereaksjoner for en annen.

Et psykologisk traume kan defineres som «en reaksjon på uutholdelige hendelser som overgår kapasiteten til sentralnervesystemet, der aktiveringen som hendelsen utløser ikke har blitt stabilisert» (Anstorp & Benum, 2014, s. 24). Felles for de fleste traumer er at de oppstår plutselig, er ukontrollerte og overveldende, vekker følelser av hjelpeløshet og redsel, er ofte en trussel mot liv og helse, kan føre til at du blir alvorlig skadet, og/eller rammer andre slik at du blir vitne til andres lidelse eller død. Hendelsen skaper psykiske skader som plager den berørte i ettertid (Bækkelund, 2015).

Traumereaksjoner og PTSD

Mange opplever traumereaksjoner i etterkant av å ha blitt eksponert for ekstremt skremmende og dramatiske hendelser. Traumereaksjoner inkluderer blant annet gjenopplevelse av hendelsen ved påtrengende minner, mareritt, eller kroppslige fornemmelser. I noen tilfeller er disse gjenopplevelsene av såpass sterk karakter at personen vil få en følelse av å være tilbake i den opprinnelige situasjonen som skapte traumet (Sareen, 2014). Unngåelsesatferd er også en vanlig traumereaksjon der den utsatte unngår inntrykk som assosieres med hendelsen (Van Vliet, 2010). Dette kan være personer, steder, og/eller at personen unngår å snakke om eller tenke på det som skjedde.

Fysiologisk overaktivering og/eller underaktivering er også vanlige traumereaksjoner, hvilket innebærer at kroppen stadig er i alarmberedskap, anspent eller nummen (Bækkelund & Berg, 2014). En måte å forstå dette på er gjennom begrepet *toleransevinduet*, som refererer til den graden av aktivering som er optimal for et individ – ikke for høyt og ikke for lavt (Nordanger & Braarud, 2014). Traumeopplevelser kan gi et smalere toleransevindu, slik at det

skal mindre til for at personen havner over eller under sitt toleransevindu, henholdsvis ved hyper- eller hypoaktivering.

I tillegg til de nevnte reaksjonene, opplever mange tilleggsproblematikk som konsentrasjonsvansker, søvnvansker, irritabilitet og sinne. Kognitive symptomer, som endring i verdenssyn («verden er gjennomgående farlig»), sterke negative oppfatninger om seg selv («jeg er et dårlig menneske»), redusert tillit til medmennesker («andre mennesker er ikke til å stole på»), kontrollbehov for seg selv, andre eller omgivelsene, og relasjonelle vansker, er også vanlige (Figley, 1995). Traumesymptomer har i tillegg vist seg å ha negativ påvirkning på jobbprestasjoner og emosjonell kontakt med familien (Penix, Kim, Wilk & Adler, 2019), der mange opplever nedsatt funksjon og tilfredshet både i arbeidsrollen, foreldrerollen og parforholdet i etterkant av traumeopplevelser (Vogt et al., 2017). Personer som har blitt utsatt for traumer står dermed i risiko for å utvikle store traumerelaterte vansker som påvirker fungering både i jobb, familieliv og sosialt liv.

I tilfeller der traumereaksjoner vedvarer en måned eller lenger etter at hendelsen fant sted, kan en snakke om utvikling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). I den ellefte utgaven av diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD-11; World Health Organization, 2018), beskrives PTSD som en forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis vil fremkalle sterkt ubehag hos de fleste. I DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) består de diagnostiske kriteriene for PTSD av fem hovedkriterier: A) At en har vært eksponert for en hendelse som de fleste vil oppfatte som alvorlig og overveldende, B) at en gjenopplever hendelsen gjennom påtrengende minner, mareritt, flashbacks eller intense emosjoner, C) at en aktivt unngår inntrykk som assosieres med hendelsen, D) at en har forhøyet psykofysiologisk aktivering, og E) at symptomene vedvarer i en måned eller lengre. Kriterium D inkluderer også symptomer som omhandler endringer i kognisjon og humør, der

den traumeutsatte kan oppleve negative tanker om seg selv og verden, fremmedgjøring fra andre, begrenset følelsesliv og redusert fremtidstro (American Psychiatric Association, 2013). Gjennomgående for personer med PTSD er at de ikke føler seg trygge, til tross for at de objektivt sett er utenfor fare (Bækkelund, 2015).

Forekomsten av PTSD i Norge varierer i ulike studier. Lassemo, Sandanger, Nygård og Sørgaard (2017) fant at prevalensen for personer som har vært utsatt for traumatiske hendelser var 20 % for kvinner og 5.6 % for menn, mens Heir og kollegaer (2019) fant prevalensen til å være 8.5 % for kvinner og 3.8 % for menn. De varierende resultatene skyldes trolig ulikt utvalg. Det er blitt identifisert ulike faktorer som gjør at noen utvikler langvarige traumereaksjoner og andre ikke.

Risikofaktorer for utvikling av langvarige traumereaksjoner og PTSD

Mange risikofaktorer for utvikling av langvarige traumereaksjoner har blitt identifisert, men funnene er lite konsistente på tvers av studier. Mye tyder på at risikofaktorer varierer ut ifra studiekarakteristika, som for eksempel populasjon. DiGangi og kollegaer (2013) identifiserte i sin systematiske oversiktsartikkel av 54 studier en rekke pre-traume-risikofaktorer, som for eksempel lavere kognitive evner, negative mestringsstiler i møte med utfordringer, personlighetstrekk som negativ affekt, psykopatologi, psykofysiologiske faktorer som høye kortisolnivåer, dårlig familiemiljø, lavt sosioøkonomisk status, og mindre grad av sosial støtte. Andre risikofaktorer er karakteristika ved selve traumehendelsen. Her inngår dose-respons-forholdet mellom hendelsens alvorlighetsgrad og reaksjoner, der mer alvorlige hendelser øker sannsynligheten for å utvikle PTSD (Dawne, King & King, 2007). Hendelser som innebærer skade eller dissosiasjon, som er spesielt ondsinnet og groteske, og hvor en er aktivt involvert heller enn et vitne, er mest sannsynlig å medføre dysfunksjonelle responser i ettertid (Dawne et al., 2007).

Utvidelse av traumbegrepet

Som nevnt innledningsvis, har kritikere stilt spørsmål om hvorvidt det er hensiktsmessig å snakke om traumatisering når en person kun har vært indirekte eksponert for traumatiske hendelser, og at dette i så måte vil innebære en utvidelse av traumbegrepet (Berge, 2005). Det har ikke blitt spesifisert i ICD-11 (World Health Organization, 2018) at indirekte eksponering for traumer er tilstrekkelig til å oppfylle kriteriene for en PTSD-diagnose, eller at sekundærtraumatisk stress er en diagnose på lik linje med PTSD. DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) omtaler imidlertid sekundærtraumatisk stress som en dimensjon ved posttraumatisk stresslidelse. Kriterium A i DSM-5 sine diagnosekriterier for PTSD, inkluderer i dag både direkte og indirekte eksponering for traumatiske hendelser (American Psychiatric Association, 2013). Indirekte eksponering kan eksempelvis være gjentatt eller ekstrem eksponering for aversive, detaljerte beskrivelser av en traumatisk opplevelse (Roden-Foreman et al., 2017). Traumbegrepet har i dag på den måten blitt utvidet til å omhandle både primære og sekundære traumereaksjoner.

Termer brukt for å beskrive påvirkning av helsepersonell

I hovedsak tre termer blir benyttet for å beskrive de negative psykologiske reaksjonene helsepersonell kan oppleve i sitt arbeid med traumatiserte klienter: Sekundærtraumatisk stress (STS), vikarierende traumatisering (VT) og compassion fatigue (CF). Forekomsten av negative ettervirkninger blant terapeuter varierer mellom studier, og påvirkes av hvilke termer som omtales (STS, VT eller CF), og hvilke måleverktøy som brukes. I en doktoravhandling av Ferdinand (2011) rapporterte 55 % av helsepersonell innenfor mental helse om lite eller ingen STS, 27 % om milde nivåer, 10 % om moderate nivåer og 8 % om alvorlige nivåer av STS. Diehm, Mankowitz og King (2019) fant at 74 % av inkluderte psykologer rapporterte ingen, lite eller milde nivåer av STS, 9 % rapporterte moderate nivåer, 4 % rapporterte høye nivåer, og 13 % rapporterte alvorlige nivåer. Ved å slå sammen andelen som rapporterte moderat til alvorlig grad av STS i de to studiene, kan det anslås at mellom 18-26 % av

terapeuter som jobber med traumeutsatte opplever STS. Forekomsten av compassion fatigue regnes å være mellom 7% og 40 % (Cavanagh et al., 2019; Ortega-Campos et al., 2020; van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker & Nijkamp, 2015). Vi har ikke lyktes i å finne eksakte tall for forekomsten av vikarierende traumatisering.

Begrepene STS, CF og VT brukes ofte om hverandre i litteraturen, da de alle er et resultat av indirekte påvirkning av traumatiske hendelser. Det finnes likevel nyanseforskjeller som gir behov for en begrepsavklaring.

Sekundærtraumatisk stress

På slutten av 90-tallet kom den første litteraturen på hvordan hjelpere og terapeuter blir påvirket av jobben sin (Isdal, 2017). Charles R. Figley ga i 1995 ut boken “Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized”. Bakgrunnen for boken var at Figley, etter å ha jobbet med klienter som var traumatiserte, oppdaget at pårørende begynte å utvikle noen av de samme reaksjonene og vanskene som den de var pårørende til. Det samme gjaldt for Figleys egne kollegaer (Figley, 1995). Fenomenet fikk navnet sekundærtraumatisk stresslidelse.

Sekundærtraumatisk stresslidelse beskrives som utvikling av PTSD-symptomer hos individer som spiller en signifikant rolle i den traumeutsattes liv. Dette kan være venner, familie, omsorgsarbeidere, traumeterapeuter eller andre hjelpere (Figley, 1995). Symptomene på STS speiler de atferdsmessige, emosjonelle og kognitive symptomene på PTSD som er beskrevet ovenfor. Det som skiller STS fra PTSD, er at hendelsen som har ført til traumesymptomene ikke er direkte opplevd av individet selv, og symptomene stammer dermed fra viten om hendelsen (Elwood, Mott, Lohr & Galovski, 2011). Blant hjelpepersonell med STS, vil traumesymptomene være knyttet til klienten og klientens historie. Følgelig vil gjenopplevelsessymptomer, som minner og mareritt, innebære klientens erfaringer, og mange utvikler behov for unngåelse av klientene selv (Newell & MacNeil, 2010). Symptomene antas

å oppstå relativt akutt, det vil si kort tid at hjelperen har fått vite om klientens traumeerfaringer (Newell & MacNeil, 2010).

Vikarierende traumatisering

Samme år som Figley introduserte termen sekundærtraumatisk stresslidelse, lanserte Pearlman og Saakvitne (1995) begrepet vikarierende traumatisering. Mens sekundærtraumatisk stress er et symptomorientert begrep, er vikarierende traumatisering et mer samspillorientert begrep. Det tar utgangspunkt i at hjelperen står i en relasjon til den som behøver hjelpen, og at hjelperen tar til seg historien på en særegen måte (Isdal, 2017).

Vikarierende traumatisering beskriver en grunnleggende endring i hjelperens kognisjon gjennom empatisk tilnærming til traumatiserte mennesker (Isdal, 2017). Det har blitt foreslått at VT kan føre til kumulative, negative endringer i både personlig og profesjonell identitet, verdenssyn, spiritualitet, egenkapasitet («self-capacity»), evner og ressurser. Studier har vist at personer som er mye eksponert for andres traumer står i fare for å utvikle et svært pessimistisk syn på verden og menneskeheten (Pearlman & Saakvitne, 1995). Eksempelvis kan de begynne å se verden som et utrygt sted, de opplever at ingen er til å stole på, vonde ting skjer utenfor ens kontroll, de mister oversikt over hvor det befinner seg personer som vil andre vondt, de begynner å betvile mulighetene de har til påvirkning, og følgelig betvile seg selv og sin posisjon i verden (Pearlman & Saakvitne, 1995). Dette kan videre medføre nedsatt følelse av trygghet, redusert tillit til andre, utfordringer med intimitet, og økt behov for kontroll. Symptomer som påtrengende bilder, kroppslige sensasjoner, og andre sensoriske reaksjoner kan også oppstå, samt andre symptomer på PTSD. Det er imidlertid de kognitive endringene som er den mest definerende karakteristika for VT (Newell & MacNeil, 2010; Sabin-Farell & Turpin, 2003).

Endringer i kognisjon og atferd kan oppstå uten at hjelperen selv er bevisst på endringene. Astin (1997) skriver at hun, fra egne erfaringer som traumeterapeut i USA,

opplevde at endringer i kognisjon og atferd utviklet seg uten at hun selv la merke til dette.

Studien til Lerias og Byrne (2003) tyder også på at mange hjelpere ikke er klar over at de er påvirket av vikarierende traumatisering. De hevder den ikke anerkjente endringen kan skyldes at hjelperen fremdeles kan fungere relativt godt i sitt daglige liv.

Compassion fatigue

Samtidig som Figley introduserte sekundærtraumatisk stresslidelse, lanserte han begrepet compassion fatigue (Figley, 1995). Den mest brukte definisjonen på CF er «en tilstand av utmattelse og biologisk, psykologisk, og sosial dysfunksjon som resultat av langvarig eksponering for andres lidelse» (Figley, 1995, s. 253). Symptomer på CF er lav arbeidsmoral, unngåelse av oppgaver, synkende motivasjon, apati, negativitet, synkende glede over tidligere gledesfylte aktiviteter, minsket tro på at arbeidet er bra eller virksomt, personalkonflikt, fravær, utmattelse, irritabilitet, tilbaketrekning fra kollegaer og tap av selvtillit (Kyer, 2016). Det finnes per i dag ikke et godt norsk begrep for å beskrive tilstanden, men det omtales ofte som «omsorgstretthet» (Berge, 2005). I likhet med STS og VT er termen utviklet for å beskrive negativ påvirkning av indirekte traume (Cocker & Joss, 2016). Tilstanden utvikles over tid etter gjentatte møter med menneskelig lidelse (Isdal, 2017).

Cocker og Joss (2016) beskriver CF som et syndrom sammensatt av symptomer på STS og profesjonell utbrenthet. At CF er et sammensatt begrep beskrives også av Newell og MacNeil (2010), som hevder at CF oppstår som resultat av STS-symptomer kombinert med arbeidsutfordringer som høyt arbeidspress, urettferdighet i organisasjonsstruktur og disiplin, og lite støtte fra kollegaer og ledelse. Alle de nevnte faktorene er forbundet med risiko for utvikling av profesjonell utbrenthet (Figley, 2002). Profesjonell utbrenthet kategoriseres av de tre kjernesymptomene depersonalisering – der terapeuten fremmedgjøres fra seg selv og distanserer seg fra kollegaer og klienter gjennom kynisme eller likegyldighet –, emosjonell utmattelse, og redusert følelse av personlig prestasjon (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Profesjonell utbrenthet omtales ofte i forbindelse med STS, VT og CF, men er ikke begrenset til å omhandle arbeid med traumeutsatte alene (Mealer et al., 2016).

Oppsummering

Termene STS, VT og CF er alle brukt for å beskrive ettervirkningene av å være empatisk engasjert i andre menneskers traumeopplevelse. Både STS og CF fokuserer på symptomer i form av emosjonell respons og atferd i etterkant av eksponering for traumeutsatte. Det har av den grunn blitt foreslått at termene kan være et substitutt for hverandre (Sabin-Farell & Turpin, 2003). VT fokuserer i større grad på de kognitive endringsprosessene som kan forekomme ved eksponering for traumepopulasjoner, og er dermed et mer avgrenset konstrukt (Newell & MacNeil, 2010). I litteraturen blir begrepene ofte omtalt om hverandre, der noen omtaler STS og samtidig diskuterer kognitive aspekter ved å jobbe med traumeutsatte, og andre omtaler VT, men også fokuserer på symptomer i form av emosjonelle eller atferdsmessige utfall (Newell & MacNeil, 2010). De beskrevne kognitive endringene ved VT, som endring i identitet, verdenssyn og humør, kan også være tilstede ved PTSD/STS, og det kan derfor stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig å skille VT fra STS, eller om VT bør inngå som en del av STS. Vi har valgt å behandle STS, VT og CF som separate konstrukter i oversiktsartikkelen, og vil referere til de begrepene som er brukt i studiene som inngår i syntesen.

Bakgrunn for studien

At ansatte innenfor psykisk helsesektor tidvis preges negativt av belastninger i sitt arbeid virker å være innlysende. Sykefraværet i Norge er klart høyest innen helse- og sosialtjenester (Isdal, 2017). Helsesektoren preges av stor arbeidsbelastning (Høie, 2020), og det kan stilles spørsmål ved om sykefraværstatistikken er et resultat av dette. Arbeid med traumeutsatte kan i seg selv være belastende, men slike belastninger i arbeidslivet snakkes lite

om, det skrives lite om i norsk litteratur, og det er heller ikke tilstrekkelig undervisning om temaet til helsearbeidere (Isdal, 2017).

I arbeid med traumeutsatte er det viktig å kunne se andres smerte, men en god hjelper må også anerkjenne sin egen smerte og begrensninger. STS, VT og CF påvirker hjelperen selv og hjelperens evne til å utføre jobben sin på en tilfredsstillende og respektfull måte.

Konsekvenser av tilstandene hos hjelperen kan være en forstyrret allianse mellom hjelper og klient, overskridelse av profesjonelle grenser og inadekvate reaksjoner til klientens traume (Denkinger et al., 2018). Dette er uheldig når en som helsepersonell skal ivareta personer i sårbare situasjoner.

I denne artikkelen ønsker vi å rette fokus mot de negative ettervirkningene som ansatte i psykisk helsesektor kan oppleve gjennom å være hyppig eksponert for traumeutsatte. For å øke pasientsikkerhet og ivareta ansattes helse og trivsel, bør det være et felles mål i helsesektoren å identifisere, forebygge eller minimere effekten av STS, VT og CF. Det er derfor viktig å kartlegge risikofaktorer og beskyttende faktorer knyttet til fenomenene.

Mange enkeltstudier undersøker risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til STS, VT og CF, men funnene er ikke konsistente. Beskyttelsesfaktorer er i tillegg mindre omtalt enn risikofaktorer i litteraturen. Dersom beskyttende faktorer viser seg å være konkrete tiltak som kan gjennomføres i utdanning eller arbeidsliv, vil det å identifisere disse ha stor betydning for forebygging. Å identifisere og anerkjenne risikofaktorer kan gjøre ansatte og ledere oppmerksomme på faresignaler, samt gi muligheter for å justere arbeidet i praksis. Vi er ikke kjent med at det har blitt gjort en systematisk litteraturgjennomgang med en slik problemstilling de senere år. Formålet med studien er derfor å undersøke om det finnes en konsensus hva gjelder risikofaktorer for, og beskyttende faktorer mot STS, VT og CF blant ansatte i psykisk helsesektor som jobber med psykologiske traumer.

Metode

Systematiske søk ble gjennomført i databasene PsycINFO, EMBASE og MEDLINE.

Det ble sett etter studier som hadde undersøkt risikofaktorer eller beskyttelsesfaktorer for sekundærtraumatisk stress, vikarierende traumatisering og/eller compassion fatigue.

Søkeresultatene viste studier fra alle år, og alle søkene var begrenset til menneskelige subjekter og engelsk språk.

Inklusjonskriterier, eksklusjonskriterier og studieseleksjon

Formålet med litteraturgjennomgangen var å undersøke risikofaktorer og beskyttende faktorer knyttet til STS, CF og VT blant ansatte som jobbet med personer utsatt for psykologiske traumer. For å undersøke dette ble følgende inklusjonskriterier bestemt:

1. At deltakerne jobbet innenfor psykisk helsesektor med personer utsatt for traumer
2. At studiene undersøkte risikofaktorer for, og/eller beskyttelsesfaktorer mot STS, CF eller VT i den aktuelle gruppen
3. At STS, CF eller VT var behandlet som utfallsvariabel i analysen
4. At studiene hadde empirisk og kvantitativt design
5. At studiene brukte validerte måleinstrumenter for å måle STS, CF eller VT

Inklusjonskriteriene ble bestemt 02. mai 2019. Kriterium 1-3 ble bestemt ut fra studiens formål. Det var ikke et krav at utvalget bestod av psykologer eller terapeuter per se, slik at studier med utvalg som psykiatriske sykepleiere, miljøarbeidere ved psykiatriske sykehus, familierådgivere og liknende ble inkludert. Inklusjonskriterium 4 om kvantitativt og empirisk design ble bestemt for å lettere kunne sammenlikne studiene. Kriterium 5 ble bestemt for å sikre at studiene hadde undersøkt de aktuelle utfallsmålene med standardiserte metoder.

Eksklusjonskriterier ble bestemt 17. januar 2020, etter søket var gjennomført og alle studiene var sett gjennom. Eksklusjonskriteriene var

1. At studiene hadde undersøkt profesjonell utbrenthet alene
2. At resultater fra det samme datasettet ble rapportert i en tidligere publikasjon

3. At studiene hadde utvalg som ikke jobbet innenfor psykisk helsesektor
4. At studiene ikke hadde spesifikke mål på STS, CF eller VT
5. At det ikke var mulig å få tak i studienes fulltekst

Eksklusjonskriteriet om profesjonell utbrenthet ble bestemt ettersom fenomenet ikke er direkte knyttet til traumepåvirkning. Studier som hadde undersøkt utbrenthet i tillegg til STS, CF eller VT ble inkludert i analysen, gitt at de hadde differensiert mellom konstruktene. Kriterium 2 ble bestemt for å unngå at resultater fra samme datasett ble rapportert som to ulike resultater. Kriterium 3 ble fastslått ettersom formålet med studien var å fokusere på helsearbeidere som jobbet med behandling av psykologiske traumer. Derfor ble ingen studier med utvalg fra blant annet somatikk, rettsvern, sosialkontor og barnevern inkludert i analysen. Kriterium 4 ble bestemt for å sikre at studiene brukte avgrensede mål på STS, CF og VT, slik at det var mulig å skille mellom primær og sekundær traumepåvirkning. Studier som hadde undersøkt PTSD-symptomer, men ikke spesifisert at symptomene måtte være knyttet til sekundær eksponering for traumer, ble ekskludert. Kriterium 5 ble bestemt ettersom noen av studiene virket å oppfylle inklusjonskriteriene, men vi ikke fikk tilgang på artiklenes fulltekst. Vi gjorde ingen forsøk på å få tilgang på artiklene, og artiklene ble derfor ekskludert.

Litteratursøk

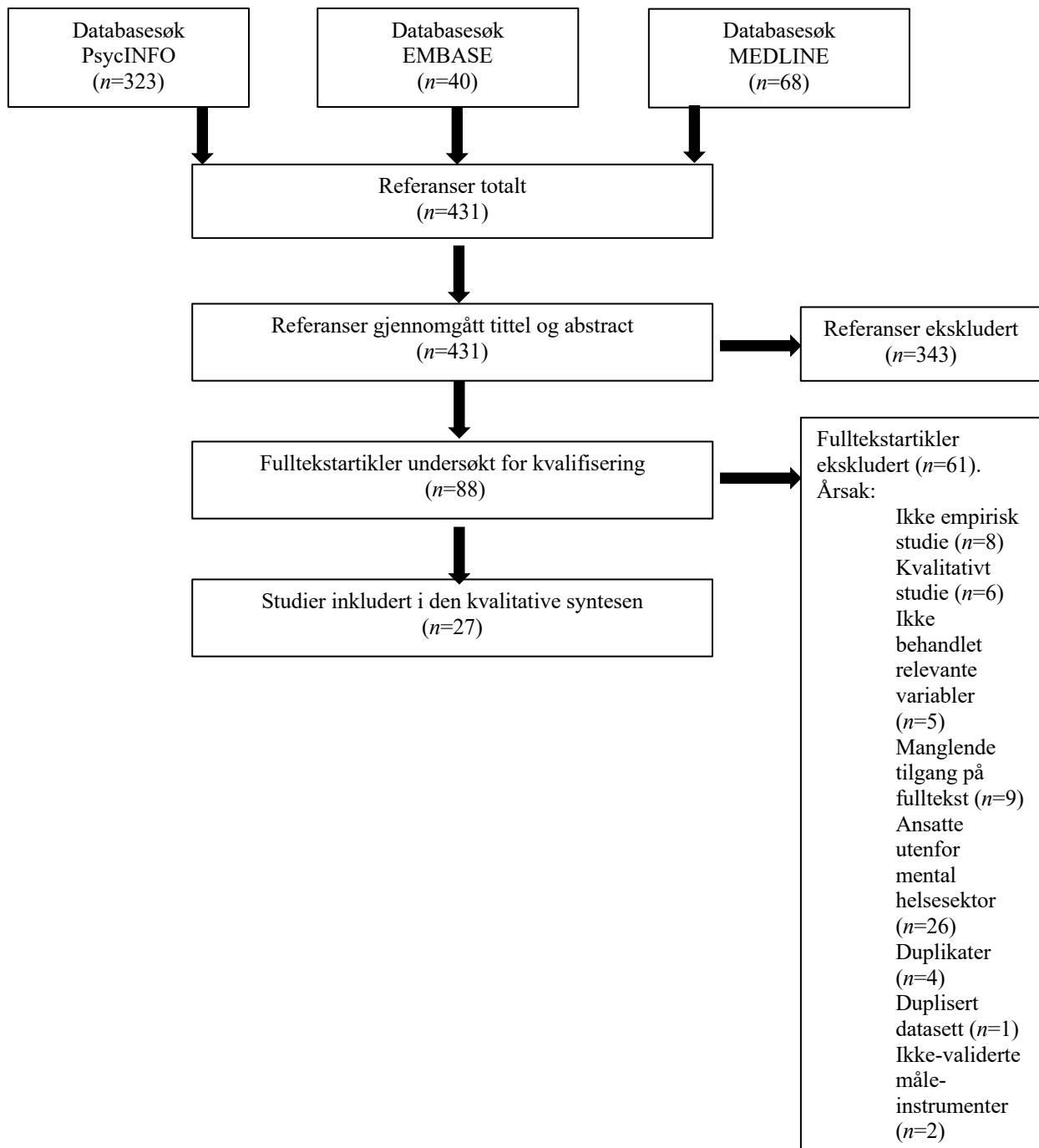
Søk i PsycINFO ble gjennomført 31. januar 2020. Søkeordene inkluderte *Occupational stress*, *Compassion fatigue*, *Secondary traumatic stress.mp*, *Secondary traumatization.mp*, *Secondary trauma.mp*, *Vicarious trauma.mp* og *Vicarious traumatization.mp*, kombinert med *Risk factors (eksplodert)*, *Protective factors (eksplodert)*, *Predictors.mp*, *Prediction (eksplodert)* og *Resilience (Psychological) (eksplodert)*, kombinert med *Social workers*, *Counsellors*, *Health personnel*, *Law enforcement personnel*, *Psychologists*, *Rehabilitation counsellors*, *Sociologists*, *Therapists*, *Vocational counsellors* og *Mental health personnel (explode)*. Søket ga 323 treff. Etter gjennomgang av tittel og abstract

gjengsto 41 relevante studier, der 24 studier ble ansett som kvalifisert etter gjennomgang av metode.

Søk i EMBASE 31. januar 2020 benyttet søkeordene *Compassion fatigue*, *Secondary traumatic stress.mp*, *Secondary traumatization.mp*, *Secondary trauma.mp*, *Vicarious trauma.mp* og *Vicarious traumatization.mp*, kombinert med *Risk factor (eksplodert)*, *Protection*, *Prevention*, *Predictor.mp*, *Predict.mp* og *Psychological resilience (eksplodert)*, kombinert med *Mental health care personnel*, *Health practitioner*, *Health care personnel*, *Social worker*, *Psychologist (eksplodert)* og *Occupational therapist*. Denne strategien ga 40 treff. Etter gjennomgang av tittel og abstract gjengsto 21 relevante studier. Av disse oppfylte syv studier inklusjonskriteriene.

Søk i MEDLINE ble gjennomført 28. januar 2020. Søket inkluderte ordene *Secondary traumatic stress.mp*, *Secondary traumatization.mp*, *Secondary trauma.mp*, *Compassion fatigue (eksplodert)*, *Vicarious trauma.mp* og *Vicarious traumatization.mp*, kombinert med *Risk factors (eksplodert)*, *Protective factors (eksplodert)*, *Protecting factors (eksplodert)*, *Predict.mp*, *Predictor mp*. og *Resilience.mp*, kombinert med *Psychologists*, *Therapists*, *Psychotherapists*, *Health personnel (eksplodert)*, *Social workers* og *Counselors*. Strategien ga 68 treff. Etter gjennomgang av tittel og abstract ble 22 studier inkludert videre i prosessen. Av disse var det ni studier som oppfylte de metodiske kriteriene.

Totalt produserte søk i de tre databasene 570 treff. Av disse var det 40 studier som oppfylte inklusjonskriteriene. Ni studier var ikke mulig å få tak i fulltekst på, og ble derfor ekskludert. Av 31 gjenværende studier, var fire duplikater. Alt i alt ble 27 studier lagret fra søkene i PsycINFO, EMBASE og MEDLINE, og er studiene som inngår videre i analysen. Figur 1 viser de ulike fasene i søket og av hvilke årsaker studier ble ekskludert.



Figur 1. Flytdiagram for de ulike fasene i det systematiske søket.

Resultater

Tabell 1 presenterer karakteristika og hovedfunn ved alle studiene. Det var 12 studier som undersøkte STS alene (Butler, Carello & Maguin, 2017; Cieslak et al., 2013; Creamer & Liddle, 2005; Denkinger et al., 2018; Diehm et al., 2019; Dworkin, Sorell & Allen, 2016; Ferdinand, 2011; Lounsbury, 2006; Mangoulia, Koukia, Alevizopoulos, Fildissis &

Katostaras, 2015; Penix et al., 2019; Petersen, 2014; Tosone, McTighe, Bauwens & Naturale, 2011), seks studier som undersøkte CF (Boscarino, Figley & Adams, 2004; Can, 2018; Craig & Sprang, 2009; David, 2012; Eastwood & Ecklund, 2008; Gillespie, 2014), tre studier som undersøkte VT alene (DelTosta, Ellis & McNamara, 2019; Halevi & Idisis, 2018; Peled-Avram, 2017), og seks studier som undersøkte både VT og STS (Birinci & Erden, 2016; Dunkley & Whelan, 2006; Finklestein, Stein, Greene, Bronstein & Solomon, 2015; Gulin, 2017; Maguire & Byrne, 2017; Zacharcenko, 2006). Alle studiene var kryssseksjonelle.

Tabell 1

Karakteristika for studiene

Forfatter, år, land	Utvalg	Utfallsmål	Studie-design	Måle-instrument for STS/VT/CF	Andre mål	Hovedfunn
		<u>Sekundær-traumatisk stress</u>				
Butler et al. (2017) USA	Sosialarbeidstudenter i klinisk praksis med bla. traumepasienter ($N = 195$), 88 % kvinner, $M_{alder} = 27$ år. 63 % hadde ingen tidligere klinisk erfaring.		KS	STSS	Personlig traumeerfaring, utbrenthet, studie-karakteristika, praksis-karakteristika, grad av sekundær-traumatisk eksponering, helse, stress i praksis-situasjonen, egenomsorg	Personlig traumeerfaring, utbrenthet, stress og negative emosjonelle responser på klienters innhold var positivt assosiert med STS. Egenomsorg var negativt assosiert.
Cieslak et al. (2013) USA	Kliniske psykologer, rådgivere og sosialarbeidere som jobbet i militæret ($N = 224$), 67 % kvinner, $M_{alder} = 49$ år, $M_{arbeidserfaring} = 16$ år.		KS	STSS	Personlig traumeerfaring, utplassering i krigssone, arbeids-karakteristika, terapi-tilnærming, veiledning, profesjonell støtte, grad av sekundær-	Personlig traumeerfaring, høyt arbeidspress (mange klienter, mye papirarbeid), høy andel traumeklienter, og negative emosjonelle responser på klienters

				traumatisk eksponering	innhold var positivt assosiert med STS.
Creamer & Liddle (2005) USA	Kriseteam (psykologer, sosialarbeidere, sykepleiere, familie-terapeuter, rådgivere) etter 9/11 ($N = 80$), 63 % kvinner, $M_{alder} = 50$ år, $M_{arbeidserfaring} = 18$ år.	KS	IES modifisert til å omhandle sekundær traumatisk påvirkning	Personlig traumeerfaring, arbeids-karakteristika, grad av sekundær-traumatisk eksponering i nåværende og tidligere arbeidsforhold	Tid med traumeklienter nå og tidligere, lengre ansettelses-periode, høy andel barn som klienter og høyere grad av morbid innhold i samtalen positivt assosiert med STS. Høyere alder og mer arbeids-erfaring var negativt assosiert.
Denkinger et al. (2018) Tyskland	Sosialarbeidere, psykoterapeuter, psykiatere og tolker som jobbet med kvinner og barn traumatisert av IS-vold ($N = 84$), 94 % kvinner, $M_{alder} = 44$ år, $M_{arbeidserfaring} = 6$ år.	KS	FST	Personlig traumeerfaring, arbeids-karakteristika, egenopplevd flukt, veiledning, sosial støtte, kunnskap/kompetanse, tilknytningsstil	Personlig traumeerfaring, barn som klienter, utrygg tilknytning og frekvens av traumeklienter var positivt assosiert med STS. Trygg tilknytning, kollegial støtte, høyere kunnskap/kompetanse og opplevelse av å gjøre noe meningsfullt var negativt assosiert.
Diehm et al. (2019) Australia	Australske psykologer ($N = 78$), 83 % kvinner, $M_{alder} = 43$ år, $M_{arbeidserfaring} = 13$ år.	KS	STSS	Personlig traumeerfaring, arbeids-karakteristika, grad av sekundær-traumatisk eksponering, sosial støtte	Personlig traumeerfaring, tid med traumeklienter, grafisk innhold i traumehistorier og lav personlig traume-bearbeidelse korrelerte positivt med STS. Sosial støtte korrelerte negativt med STS.

Dworkin et al. (2016) USA	Ansatte på krisesentre for overgrepssatte ($N = 164$), $M_{alder} = 38$ år, $M_{arbeidserfaring} = 5.5$ år. Kjønnfordeling er ikke rapportert.	KS	PCL- C modifisert til å omhandle sekundærtraumatisk påvirkning	Personlig overgrepserfaring, veiledning, antall klienter per uke	Personlig overgrepserfaring og høyt antall klienter var positivt assosiert med STS. Høy alder og veiledning var negativt assosiert med STS.
Ferdinand (2011) USA	Psykologer, sosialarbeidere, mental helse rådgivere, og familie- og ekteskapsrådgivere med erfaring fra minst én traumeklient ($N = 218$), 71 % kvinner, $M_{alder} = 46$ år, $M_{arbeidserfaring} = 17$ år.	KS	STSS	Personlig traumeerfaring, tverrfaglig arbeid, terapeutisk orientering, traumespesifikk opplæring, grad av sekundærtraumatisk eksponering, deltakelse i andre profesjonelle aktiviteter (utenom terapi).	Høy andel traumeklienter, psykodynamisk terapi og å jobbe i team var positivt assosiert med STS. Flere års erfaring, andre profesjonelle aktiviteter parallelt med terapiarbeid og færre klienter var negativt assosiert.
Lounsbury (2006) USA	Ansatte på krisesenter ($N = 130$), 75 % kvinner, $M_{alder} = 41$ år, $M_{arbeidserfaring} = 10$ år.	KS	ProQOL-R-II og IES modifisert til å omhandle sekundærtraumatisk påvirkning	Personlig traumeerfaring, grad av sekundærtraumatisk eksponering, veiledning, situasjonelle mestringsstrategier, egenomsorg, utbrenthet	Personlig traumeerfaring, kvinne, flere års erfaring fra traume- og krisefeltet, høy andel traumeklienter, utbrenthet og maladaptive mestringsstrategier var positivt assosiert med STS. Positiv restrukturering, bruk av humor, veiledning og egenomsorg var negativt assosiert.
Mangoulia et al. (2015) Hellas	Psykiatriske sykepleiere og assistenter ($N = 174$), 70 % kvinner, $M_{alder} = 37$ år, $M_{arbeidserfaring} = 7$ år.	KS	ProQOL-R-IV	Personlig traumeerfaring, arbeidskarakteristika, personlige stressorer, deltakelse i stressmestring, utbrenthet	Kvinnelig kjønn, økonomiske vansker, mistriivsel på arbeidsplassen, mange pasienter, utbrenthet og

				fysisk og mental helse, utbrenthet	lavere utdanning var positivt assosiert med STS. God fysisk og mental helse var negativt assosiert.
Penix et al. (2019) USA	Medisinske og psykologiske helsearbeidere fra USA utplassert i Afghanistan ($N = 236$), 42 % kvinner. Alder og arbeidserfaring er ikke rapportert.	KS	WRAIR-STSI og PCL	Fungering i jobben og i familien, krigs-eksponering, profesjonelle krav, utbrenthet, egenomsorg, terapitilnærming	Krigs-eksponering, traumenarrativ terapi, profesjonelle krav og utbrenthet korrelerte positivt med STS. Egenomsorg og helse-promoterende lederskap korrelerte negativt med STS.
Petersen (2014) USA	Psykologer, rådgivere, sosionomer og familierådgivere som har jobbet med traumeklienter ($N = 228$), 79 % kvinner, $M_{alder} = 45$ år, $M_{arbeidserfaring} = 16$ år.	KS	TSC-40	Personlig traumeerfaring, arbeids-karakteristika, veiledning, egenomsorg, posttraumatisk vekst, grad av sekundær-traumatisk eksponering	Personlig traumeerfaring med følgende posttraumatisk vekst, og kvinnelig kjønn var positivt assosiert med STS. Høyere alder, mer arbeidserfaring, egenomsorg og god allianse mellom ansatte og ledelse var negativt assosiert.
Tosone et al. (2011) USA	Sosialarbeidere som jobbet klinisk etter 9/11 angrepene ($N = 481$), 80 % kvinner, $M_{alder} = 60$ år. Arbeidserfaring er ikke rapportert.	KS	Gjennom-snittsskåre på PCL-C og CF-subskala fra ProQOL-R	Personlig traumeerfaring, traumetrening i forkant av 9/11, veiledning, tilknytningsstil, påvirkning av 9/11, og resiliens.	Personlig traumeerfaring, utrygg tilknytning og egenerfaring/opplevelse av 9/11 var positivt assosiert med STS. Resiliens var negativt assosiert.
<u>Compassion fatigue</u>					
Boscarino et al.	Sosialarbeidere som i stor grad	KS	CFS-R	Personlig traumeerfaring,	Å jobbe med ettervirkninger

(2004) USA	jobbet i forbindelse med 9/11 angrepene ($N = 198$), 79.5 % kvinner, 83 % var > 50 år, og 94 % hadde > 10 års arbeidserfaring.			klientenes opplevelser (9/11 eller annet), støttende arbeidsmiljø	av 9/11 var positivt assosiert med CF. Støttende arbeidsmiljø og tro på egne evner/kompetanse var negativt assosiert.
Can (2018) USA	Masterstudenter i praksis innenfor rådgivning for mental helse, skole, rusavhengighet og par- og familieterapi ($N = 84$), 91 % kvinner, $M_{alder} = 33$ år. Arbeidserfaring er ikke rapportert.	KS	ProQOL-R-II	Reaksjoner på klienters opplevelser, empati, allianse mellom student og veileder, resiliens, psykologisk velvære (well-being)	Å være i praksis innenfor mental helse var positivt assosiert med CF. Resiliens og psykologisk velvære var negativt assosiert.
Craig & Sprang (2009) USA	Kliniske psykologer og sosialarbeidere som blant annet jobbet med traumebehandling ($N = 532$), 65 % kvinner, $M_{alder} = 53.2$ år, $M_{arbeidserfaring} = 23$ år.	KS	ProQOL-III	Grad av sekundær-traumatisk eksponering, hvorvidt de hadde spesial-opplæring innenfor traumer, bruk av evidensbasert terapitilnærming	Å jobbe på sengepost (vs. poliklinikk) og høyere andel traumeklienter var positivt assosiert med CF. Alder og bruk av evidensbasert terapitilnærming var negativt assosiert.
David (2012) USA	Psykoterapeuter, rådgivere, sosialarbeidere, sykepleiere og leger som jobbet med traume-klienter ($N = 131$), 84 % kvinner, 41 % var > 55 år, 67 % hadde > 11 års arbeidserfaring.	KS	ProQOL-R-V	Resiliens (stressmestring, håndtering av aversive situasjoner, tro på egne evner, positiv til endring, kontroll, trygge relasjoner)	Resiliens var negativt assosiert med CF.
Eastwood & Ecklund (2008) USA	Barne- og omsorgsarbeidere som jobbet i bolig for traumatiserte og emosjonelt forstyrrede barn og ungdom ($N = 57$),	KS	ProQOL-R-III	Personlig traumeerfaring, arbeids-karakteristika, følelse av å være forberedt/overvældet/	Utbrenthet og opplevelse av å være stresset/overvældet var positivt assosiert med CF. Sosial støtte utenfor jobben,

	75 % kvinner, <i>Malder</i> = 33 år, <i>Marbeidserfaring</i> = 5 år.			stresstet, sosial støtte, egenomsorg, utbrenthet	engasjement for en hobby, lesing, og ferieturer (egenomsorg) var negativt assosiert.
Gillespie (2014) USA	Terapeuter og rådgivere innenfor mental helse, familie- og parterapi, sosialarbeid og sjelesorg (<i>N</i> = 185), 61 % kvinner, <i>Malder</i> = 48 år, <i>Marbeidserfaring</i> = 16 år.	KS	ProQOL-R-V	Personlig traumeerfaring, terapi-tilnærming, spiritualitet, religiøsitet, mindfulness, selvmedfølelse (self-compassion)	Mindfulness og godhet mot seg selv var negativt assosiert med CF.
		<u>Vikarierende trauma-tisering</u>			
DelTosta et al. (2019) USA	Psykolog- og rådgivningsstudenter i klinisk praksis (<i>N</i> = 206), 80 % kvinner, <i>Malder</i> = 28, <i>Marbeidserfaring</i> = 6 år (veiledet praksis).	KS	TABS	Allianse mellom student og veileder, empatisk engasjement, emosjonell reaktivitet i terapi	Høyere empatisk engasjement var positivt assosiert med VT. God allianse mellom student og veileder var negativt assosiert.
Halevi & Idisis (2018) Israel	Psykologer, psykiatere, sosialarbeidere og kriminologer som jobbet med psykoterapi (<i>N</i> = 134), 85 % kvinner, <i>Malder</i> = 38 år. Arbeidserfaring er ikke rapportert, men de fleste hadde master- eller doktorgrad.	KS	TSI	Egenterapi, veiledning, selvdifferensiering (grense mellom selv og andre, emosjonell reaktivitet, intimitet, engasjement i andre («differentiation of self», DS))	Høyere DS (tydelig grense av selv, lavere emosjonell reaktivitet, komfortabel med intimitet, lavt engasjement i andre) var negativt assosiert med VT. Å gå i egenterapi var positivt assosiert med VT, mens høyere alder var negativt assosiert, men ble forklart gjennom DS: De i egenterapi hadde lavere DS, og eldre

					deltakere hadde høyere DS.
Peled-Avram (2017) USA	Sosialarbeidere innenfor generell og traumespesifikk behandling i Israel ($N = 109$), 87 % kvinner, $M_{alder} = 38$ år, $M_{arbeidserfaring} = 6$ år.	KS	TABS	Personlig traumeerfaring, kvalitet på veiledning, grad av sekundær-traumatisk eksponering, klienters opplevelser og terapeutens reaksjoner på dem	Personlig traumeerfaring, å jobbe med menneske-påførte traumer og negativ respons på klienters opplevelser (opplevd trussel) var positivt assosiert med VT. Relasjonsorientert og effektiv veiledning var negativt assosiert.
		<u>Vikarierende trauma-tisering og sekundær-traumatisk stress</u>			
Birinci & Erden (2016) Tyrkia	Psykologer, advokater, sosialarbeidere, ambulansearbeidere ($N = 150$), $M_{alder} = 33$ år. Kjønnfordeling og arbeidserfaring er ikke rapportert.		TABS og PTSSS	Personlig traumeerfaring, utbrenthet, arbeidskarakteristika	VT: Personlig traumeerfaring var positivt assosiert med VT. Mer arbeidserfaring var negativt assosiert. STS: Personlig traumeerfaring og utbrenthet var positivt assosiert med STS. Psykologisk kompetanse var negativt assosiert.
Dunkley & Whelan (2006) Storbritannia	Ansatte ved telefonhjelpelinjer for bl.a. seksuelle overgrep, selvmord, vold i hjemmet, krybbedød og		TABS og IES-R modifisert til å omhandle sekundær-traumatisk påvirkning	Personlig traumeerfaring, mestringsstrategier, veiledning	VT: Ikke-produktiv mestringsstil (ignorere problemet, klandre seg selv, isolere seg) var positivt assosiert med VT. Aktiv

	seksuell helse ($N = 62$), 89 % kvinner, $M_{alder} = 45$ år, $M_{arbeidserfaring} = 3$ år.				problemløsning og god allianse/kvalitet på veiledning var negativt assosiert med VT.
					STS: Personlig traumeerfaring og å regne seg som traumeterapeut var positivt assosiert med STS.
Finklestein et al. (2015) Israel	Ansatte innenfor mental helse ved Gazastripen ($N = 99$), 80 % kvinner, $M_{alder} = 41$ år, $M_{arbeidserfaring} =$ 11 år.	KS	CFS og PTSD Inventory	Profesjonell støtte, profesjonell mestringstro, grad av eksponering for missilangrep (direkte, opplevd trussel, og sekundær)	PTSD- symptomer, mer arbeidserfaring, profesjonell støtte og opplevd trussel var positivt assosiert med VT. Profesjonell mestringstro og høyere utdanning var negativt assosiert. For PTSD- symptomer var arbeidserfaring og opplevd trussel positivt assosiert, og mestringstro negativt assosiert.
Gulin (2017) USA	Ansatte innenfor mental helse (generalister og traumeterapeuter) ($N = 221$), 78 % kvinner, $M_{alder} = 38$ år, $M_{arbeidserfaring} =$ 11 år.		TABS og IES-R modifisert til å omhandle sekundær- traumatisk påvirkning	Personlig traumeerfaring, terapi- tilnærming, utbrenthet, empati, mestrings- strategier, arbeids- karakteristika, grad av sekundær- traumatisk eksponering, veiledning og støtte	VT: Personlig traumeerfaring og negative reaksjoner på klienters opplevelser (empatisk tilnærming) var positivt assosiert med VT. Høyere alder, mer arbeidserfaring, god allianse og kvalitet på

				<p>veiledning, problem- og mestringsfokusert mestringsstil og å føle seg forberedt var negativt assosiert.</p> <p>STS: Personlig traumeerfaring, mer arbeidserfaring, utbrenthet, flere klienter i uka og høyere andel traumeklienter var positivt assosiert med STS. God allianse mellom ansatt og veileder var negativt assosiert.</p>
<p>Maguire & Byrne (2017) Australia</p>	<p>Psykologer, sosialarbeidere og advokater som var i kontakt med traumeutsatte eller overgripere ($N = 66$), 80 % kvinner. 93 % var > 25 år, og 67 % hadde > 6 års arbeids-erfaring.</p>	<p>VTS og IES-R modifisert til å omhandle sekundær-traumatisk påvirkning</p>	<p>Personlig traumeerfaring, sosial støtte, personlighet</p>	<p>VT: Personlig traumeerfaring og personlighets-trekket med-menneskelighet (agreeableness) var positivt assosiert. Personlighets-trekkene planmessighet (conscientiousness), emosjonell stabilitet og åpenhet for erfaringer var negativt assosiert.</p> <p>STS: Personlig traumeerfaring var positivt assosiert. Personlighets-trekket emosjonell stabilitet var</p>

					negativt assosiert.
Zacharcenko (2006) USA	Psykologer, sosialarbeidere, par- og familie- terapeuter, sjelesørgere ($N = 160$), 67 % kvinner, $M_{alder} = 55$ år, $M_{arbeidserfaring} =$ 23 år.	TABS og IES-R modifisert til å omhandle sekundær- traumatisk påvirkning	Personlig traumeerfaring, bekreftelses- behov, veiledning og støtte, fritidsaktiviteter	VT: Å gå i egenterapi var positivt assosiert med VT. Lavere bekreftelses- behov, mer fysisk aktivitet, kollegial støtte og høyere traume- kompetanse var negativt assosiert.	
					STS: Personlig traumeerfaring og debriefing var positivt assosiert med STS. Lavere bekreftelses- behov og mer fysisk aktivitet var negativt assosiert.

Note. N = utvalgsstørrelse; M_{alder} = gjennomsnittsalder; $M_{arbeidserfaring}$ = gjennomsnittlig klinisk arbeidserfaring; KS = krysseksjonelt; WRAIR-STSI = WRAIR Secondary Traumatic Stress Inventory; PCL(-C) = PTSD Checklist (Civilian Version); FST = Questionnaire For Secondary Traumatization; STSS = Secondary Traumatic Stress Scale; IES(-R) = Impact of Event Scale (Revised); ProQOL(-R) = Professional Quality of Life Scale (Revised); TSC-40 = Trauma Symptom Check-List 40; CFS(-R) = Compassion Fatigue Scale (Revised); TSI = Traumatic Stress Institute Belief Scale; TABS = Trauma and Attachment Belief Scale; VTS = Vicarious Trauma Scale; PTSSS = Post-Traumatic Stress Symptom Scale.

Utvalg

Studiekarakteristika ved alle inkluderte studier ($N = 27$) er presentert i Tabell 1. Av de inkluderte studiene var 19 (70.4 %) gjennomført i USA, to (7.4 %) i Australia, to (7.4 %) i

Israel, en (3.7 %) i Tyrkia, en (3.7 %) i Storbritannia, en (3.7 %) i Hellas, og en (3.7 %) i Tyskland. De 27 studiene representerte et totalt utvalg på 4686 deltakere. Alle studiene utenom ett hadde et flertall kvinner enn menn, der 19 studier (70.4 %) hadde et utvalg hvor 70 % eller flere var kvinner, og 13 studier (48.2 %) hadde et utvalg hvor 80 % eller flere var kvinner. To studier (7.4 %) rapporterte ikke kjønnsfordeling. Av de 23 studiene (85.2 %) som rapporterte gjennomsnittsalder varierte gjennomsnittsalder fra 27 til 60 år.

Av rapporterte yrkesgrupper inkluderte 13 av 27 studier (48.2 %) psykologer. Av de 27 studiene inkluderte også 14 studier (51.9 %) sosialarbeidere, seks studier (22.2 %) inkluderte rådgivere, fire studier (14.8 %) inkluderte terapeuter definert som traumeterapeuter; familie- og/eller parterapeuter; terapeuter innenfor mental helse; eller traumeterapeuter, tre studier (11.1 %) inkluderte studenter i møte med traumeklienter, tre studier (11.1 %) inkluderte sykepleiere eller psykiatriske sykepleiere, tre studier (11.1 %) inkluderte leger eller ambulansepersoneell, to studier (7.4 %) inkluderte psykiatere, to studier (7.4 %) inkluderte advokater, én studie (3.7 %) inkluderte tolker, én studie (3.7 %) inkluderte barne-og omsorgsarbeidere, og fire (14.8 %) definerer ikke yrkesgruppen nærmere enn å beskrive hvor de arbeidet, eksempelvis «ansatte innenfor mental helse ved Gazastripen». Samtlige yrkesgrupper var i kontakt med traumeutsatte.

Måleinstrumenter

Studiene benyttet mange ulike måleinstrumenter for å operasjonalisere og måle STS, CF og VT. Alle studiene brukte validerte måleinstrumenter for de ulike konstruktene, men mange av instrumentene var revidert eller modifisert med hensyn til studienes formål. Instrumentene beskrives kort i det følgende.

Det mest brukte måleinstrumentet for STS var en modifisert versjon av Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979), benyttet i to studier, og IES-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997), benyttet i fire studier. IES består av 15 spørsmål og måler

PTSD-symptomene gjenopplevelse og unngåelse, mens IES-R består av 22 spørsmål og inkluderer i tillegg mål på aktivering («arousal»). Alle studiene hadde modifisert spørsmålene til å omhandle sekundærtraumatisk påvirkning.

Et annet mye brukt måleinstrument på STS var Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004), som ble benyttet i fire studier. STSS består av 17 spørsmål, og måler PTSD-symptomene gjenopplevelse, unngåelse og aktivering i forbindelse med sekundær eksponering for traumatisk innhold. Andre studier brukte spørreskjemaer med tilsvarende mål som i STSS, hvorav tre studier brukte PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C; Blevins, Weathers, Davis, Witte & Domino, 2015), ett studie brukte WRAIR Secondary Traumatic Stress Inventory (Penix et al., 2019), ett studie brukte Post-Traumatic Stress Symptom Scale (Sahin, Batigun & Yilmaz, 2001), og ett studie brukte PTSD Inventory (Solomon, Neria, Ohry, Waysman & Ginzburg, 1994). Spørreskjemaene som målte PTSD-symptomer hadde blitt modifisert til å omhandle sekundærtraumatiske opplevelser. Andre måleinstrumenter var Questionnaire for Secondary Traumatization (Weitkamp, Daniels & Klasen, 2014), som ble brukt i ett studie for å måle gjenopplevelse, unngåelse, aktivering, parapsykotisk opplevd trussel og PTSD-komorbiditet, og Trauma Symptom Checklist 40 (Briere, 1996) som ble brukt i ett studie for å måle negative reaksjoner på traumatiske opplevelser. De tre resterende studiene på STS brukte spørreskjemaet Professional Quality of Life Scale (ProQOL; Stamm, 2005). Skjemaet var også brukt i fem av seks studier som målte CF. Det siste studiet på CF brukte en tidligere versjon av ProQOL; Compassion Fatigue Scale (CFS; Figley, 1995).

ProQOL er utviklet av Stamm (2005), og er en fornyet versjon av Figleys Compassion Fatigue Self Test (1995). Den siste revisjonen av ProQOL (V) består av 30 items fordelt på tre uavhengige subskalaer; compassion satisfaction, profesjonell utbrenthet («burnout») og compassion fatigue/sekundærtraumatisk stress (Stamm, 2005). Spørsmål som undersøker

compassion satisfaction går ut på hvorvidt man opplever glede ved arbeidet man gjør, eksempelvis glede ved å hjelpe andre. Utbrenthet kartlegges ved faktorer som opplevd håpløshet og vansker med å takle arbeidsoppgaver. Compassion fatigue/sekundærtraumatisk stress undersøkes ved hvorvidt man er eksponert for andres traumatiske opplevelser, og om dette påvirker aspekter som søvn, aversive emosjoner og påtrengende minner i eget liv. Hvert item besvares på en likertskala med seks punkter, fra «aldri» til «ofte»

Det mest brukte instrumentet for å måle VT var Trauma and Attachment Belief Scale (TABS; Pearlman, 2003), og ble benyttet i seks studier. Ett studie brukte en tidligere versjon av TABS, Traumatic Stress Institute Belief Scale (Traumatic Stress Institute, 1994). TABS brukes til å kartlegge traumeerfaringer og deres langtidseffekter blant klienter og klinikere, med vekt på de kognitive endringene som kan forekomme etter traumeeksponering. Skalaen består av 84 items og undersøker hvorvidt respondentene har opplevd endringer i kognitive skjema innenfor domeneene trygghet, tillit, selvtilit, intimitet og kontroll. Spørsmålene besvares på en sekspunkts likertskala, fra «sterkt uenig» til «sterkt enig». Ett studie på VT brukte CFS som mål (Figley, 1995), og ett studie brukte Vicarious Trauma Scale (Aparicio, Michalopoulos & Unick, 2013) som måler psykologiske og affektive symptomer ved VT.

Faktorer assosiert med STS og CF

Mange av de samme faktorene var undersøkt i forbindelse med STS og CF, og disse resultatene vil derfor rapporteres under samme avsnitt. Faktorer forbundet med VT vil rapporteres i et eget avsnitt, da faktorene skilte seg fra det som var undersøkt i forbindelse med STS og CF.

Personlig traumeerfaring. 17 studier undersøkte hvorvidt personlig traumeerfaring var assosiert med utvikling av STS. 14 studier fant at personlig traumeerfaring korrelerte positivt med STS (Birinci & Erden, 2016; Butler et al., 2017; Cieslak et al., 2013; Denkinger et al., 2018; Diehm et al., 2019; Dunkley & Whelan, 2006; Dworkin et al., 2016; Gulin, 2017;

Lounsbury, 2006; Maguire & Byrne, 2017; Penix et al., 2019; Petersen, 2014; Tosone et al., 2011; Zacharcenko, 2006). Tre studier fant ingen sammenheng (Creamer & Liddle, 2005; Ferdinand, 2011; Mangoulia et al., 2015).

Tre studier undersøkte hvorvidt personlig traumeerfaring var assosiert med utvikling av CF (Boscarino et al., 2004; Eastwood & Ecklund, 2008; Gillespie, 2014), der ingen av studiene fant en sammenheng. Oppsummert tyder funnene på at personlig traumeerfaring er en risikofaktor for STS, men ikke for CF.

Eksponering for traumeklienter og innhold i samtale. De fleste av studiene på STS undersøkte sammenhengen mellom eksponering for traumeklienter (antall traumeklienter og tid brukt med traumeklienter) og STS. Ni studier fant en positiv assosiasjon (Cieslak et al., 2013; Creamer & Liddle, 2005; Denkinger et al., 2018; Diehm et al., 2019; Dworkin et al., 2016; Ferdinand, 2011; Gulin, 2017; Lounsbury, 2006; Mangoulia et al., 2015). To studier undersøkte sammenhengen for CF, hvor begge fant en positiv assosiasjon (Can, 2018; Craig & Sprang, 2009). To studier fant også at ansatte som jobbet spesifikt med traumer hadde høyere nivåer av STS enn ansatte som hadde mer variert problematikk i arbeidet (Dunkley & Whelan, 2006; Gulin, 2017).

To studier undersøkte sammenhengen mellom innhold i traumehistoriene og STS (Creamer & Liddle, 2005; Diehm et al., 2019). Creamer og Liddle (2005) fant en positiv assosiasjon mellom høyere grad av morbid innhold i samtalen og STS, og Diehm og kollegaer (2019) fant en positiv assosiasjon mellom mer grafisk innhold i samtalen og STS. Det ble også funnet at bruk av traumenarrativ tilnærming i terapi - sammenliknet med kognitiv restrukturering, eksponering og støttesamtaler - var positivt assosiert med STS (Penix et al., 2019). To studier fant i tillegg at ansatte med høy andel barn i klientgruppen hadde større risiko for STS sammenliknet med de som primært jobbet med voksne (Creamer & Liddle, 2005; Denkinger et al., 2018).

Ut fra disse studiene tyder det på at mer detaljrike og aversive beskrivelser av traumeopplevelser øker risikoen for STS, og at mer eksponering for traumeklienter er en risikofaktor for STS og CF.

Arbeidserfaring. Sammenhengen mellom arbeidserfaring og STS ble undersøkt i alle studier. Tre studier fant at høyere arbeidserfaring eller lengre ansettelsesperiode korrelerte negativt med STS (Creamer & Liddle, 2005; Ferdinand, 2011; Petersen, 2014), og tre studier fant at mer arbeidserfaring korrelerte positivt med STS (Finklestein et al., 2015; Gulin, 2017; Lounsbury, 2006). Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom arbeidserfaring og CF.

Resultatene indikerer at arbeidserfaring er relatert til STS, derav arbeidserfaring i noen tilfeller virker beskyttende, og i andre tilfeller øker risikoen.

Kompetanse. Kompetanse var i studiene operasjonalisert som utdanning, profesjon, profesjonell mestringstro/resiliens (troen på at man har relevant kunnskap og kompetanse til å mestre arbeidsoppgaver og egne reaksjoner), og spisskompetanse (relevant kursing og utdanning for aktuell problematikk). Sammenhengen mellom STS og kompetanse ble undersøkt i seks studier (Birinci & Erden, 2016; Denkinger et al., 2018; Finklestein et al., 2015; Maguire & Byrne, 2017; Mangoulia et al., 2015; Tosone et al., 2011). Det samme ble undersøkt for CF i fem studier (Boscarino et al., 2004; Can, 2018; Craig & Sprang, 2009; David, 2012; Eastwood & Ecklund, 2008).

Denkinger og kollegaer (2018), Finklestein og kollegaer (2015), og Tosone og kollegaer (2011) fant at tilstrekkelig kompetanse og opplæring, mestringstro og resiliens var negativt assosiert med STS. Mangoulia og kollegaer (2015) fant også at personer med relevant helsefaglig utdanning hadde lavere risiko for STS, tilsvarende Birinci og Erden (2016), Denkinger og kollegaer (2018) og Maguire og Byrne (2017) som fant at ansatte med psykologisk kompetanse hadde lavere risiko for STS sammenliknet med andre yrkesgrupper. Oppsummert fant seks av seks studier at kompetanse virket beskyttende mot STS.

For CF var det tre studier som fant at resiliens og profesjonell mestringstro var negativt assosiert med CF (Boscarino et al., 2004; Can, 2018; David, 2012). Ett studie fant også at bruk av evidensbasert terapi, som eksponeringsterapi, kognitiv atferdsterapi og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), var negativt assosiert med CF (Craig & Sprang, 2009). Eastwood og Ecklund (2008) fant at å føle seg overveldet av arbeidet eller ikke ha tilstrekkelig kompetanse var positivt assosiert med CF. Ett studie undersøkte forskjeller i CF-nivåer blant yrkesgrupper med relevant utdanning og ikke, men det ble ikke funnet signifikante forskjeller (Craig & Sprang, 2009). Oppsummert tyder resultatene på at høyere kompetanse (både objektiv og subjektiv) virker beskyttende mot STS og CF.

Kjønn og alder. Samtlige studier undersøkte sammenhengen mellom alder, kjønn, STS og CF. Tre studier fant en sammenheng mellom kjønn og STS, der kvinner i større grad rapporterte om STS (Lounsbury, 2006; Mangoulia et al., 2015; Petersen, 2014). Det ble ikke funnet sammenheng mellom kjønn og CF. Tre studier fant at høyere alder var negativt assosiert med STS (Creamer & Liddle, 2005; Dworkin et al., 2016; Petersen, 2014), og ett studie fant samme assosiasjon for CF (Craig & Sprang, 2009). Ingen andre studier fant noen sammenheng.

Resultatene tyder på at alder og kjønn ikke er essensielle faktorer i utvikling av STS eller CF, men viser likevel en svak tendens mot at høyere alder kan virke beskyttende, og at kvinner har noe større risiko for STS.

Egenomsorg. Å praktisere egenomsorg var operasjonalisert ved fysisk aktivitet, å søke sosial og emosjonell støtte hos andre, positivt selvsnakk, søvn, ernæring, og å bruke tid på aktiviteter som hobby, reising, lesing, spiritualitet, religiøsitet og meditasjon. Sammenhengen mellom egenomsorg og STS var undersøkt i ni studier (Butler et al., 2017; Denkinger et al., 2018; Diehm et al., 2019; Lounsbury, 2006; Maguire & Byrne, 2017; Mangoulia et al., 2015; Penix et al., 2019; Petersen, 2014; Zacharcenko, 2006), og i tre studier

på CF (Can, 2018; Eastwood & Ecklund, 2008; Gillespie, 2014). Alle studiene på STS bortsett fra ett (Maguire & Byrne, 2017), fant en negativ assosiasjon mellom egenomsorg og STS. Samtlige studier på CF fikk tilsvarende resultater. Resultatene indikerer at å praktisere egenomsorg har en beskyttende effekt mot STS og CF.

Veiledning og ledelse. Faktorer forbundet med veiledning, ledelse og STS var undersøkt i 12 studier (Cieslak et al., 2013; Denkinger et al., 2018; Dunkley & Whelan, 2006; Dworkin et al., 2016; Ferdinand, 2011; Finklestein et al., 2015; Gulin, 2017; Lounsbury, 2006; Penix et al., 2019; Petersen, 2014; Tosone et al., 2011; Zacharcenko, 2006). To studier på CF hadde undersøkt faktorene (Boscarino et al., 2004; Can, 2018).

Åtte studier fant en sammenheng mellom veiledning/lederskap og STS, der det ble funnet en negativ assosiasjon mellom å motta veiledning (Dworkin et al., 2016; Lounsbury, 2006), å ha god allianse med veileder (Gulin, 2017; Petersen, 2014), høyere grad av profesjonell støtte (Finklestein et al., 2015), og STS. Penix og kollegaer (2019) fant at høyere profesjonelle krav og mindre støtte var positivt assosiert med STS, og at ledelse som var tilgjengelig for, og engasjert i, sine ansatte var negativt assosiert med STS. Ett studie fant at hyppigere frekvens av debriefing var positivt assosiert med STS (Zacharcenko, 2006), og ett studie fant en positiv assosiasjon mellom STS og det å jobbe i team (Ferdinand, 2011). De resterende fire studiene fant ingen sammenheng mellom veiledning, ledelse og STS. For CF, fant Boscarino og kollegaer (2004) at et støttende arbeidsmiljø var negativt assosiert med CF, mens Can (2018) ikke fant noen sammenheng.

Oppsummert viser et flertall av studiene på STS at veiledning, god kvalitet på veiledning og profesjonell støtte virker beskyttende mot STS. Få studier på CF hadde undersøkt sammenhengen, men resultatene indikerer at støtte fra ledelse og kollegaer kan ha en beskyttende effekt mot CF.

Profesjonell utbrenthet. Sammenhengen mellom STS og utbrenthet var undersøkt i

seks studier (Birinci & Erden, 2016; Butler et al., 2017; Gulin, 2017; Lounsbury, 2006; Mangoulia et al. 2015; Penix et al., 2019). Sammenhengen mellom CF og utbrenthet var undersøkt i ett studie (Eastwood & Ecklund, 2008). Samtlige studier fant en positiv assosiasjon mellom utbrenthet og STS/CF, hvilket tyder på at profesjonell utbrenthet er en risikofaktor for STS og CF.

Emosjonell reaktivitet. Emosjonell reaktivitet var operasjonalisert i studiene som negative emosjonelle og kognitive responser på klienters historier og traumeerfaringer (frykt, hjelpeløshet, aversjon, opplevd trussel mot selvet, å benekte/ignorere problemet, overveldelse, stress). Høyere grad av emosjonell reaktivitet tilsvarte mer negative responser.

Emosjonell reaktivitet var undersøkt i fem studier på STS (Butler et al., 2017; Cieslak et al., 2013; Finklestein et al., 2015; Gulin, 2017; Lounsbury, 2006) og to studier på CF (Can, 2018; Eastwood & Ecklund, 2008). Fire studier fant at emosjonell reaktivitet var positivt assosiert med STS (Butler et al., 2017; Cieslak et al., 2013; Finklestein et al., 2015; Lounsbury, 2006). Ett studie på CF fant samme assosiasjon (Eastwood & Ecklund, 2008). Resultatene tyder på at negative emosjonelle og kognitive responser på klienters historier er en risikofaktor for STS og CF.

Tilknytningsstil og personlighet. Tilknytningsstil var undersøkt i sammenheng med STS i to studier (Denkinger et al., 2018; Tosone et al., 2011). Begge studiene fant at en utrygg tilknytningsstil var positivt assosiert med STS. Denkinger og kollegaer (2018) fant også at en trygg tilknytningsstil var negativt assosiert med STS. Ett studie hadde undersøkt sammenhengen mellom personlighetstrekk og STS, der det ble funnet at personlighetstrekket emosjonell stabilitet virket beskyttende mot STS (Maguire & Byrne, 2017).

Faktorer assosiert med VT

Personlig traumeerfaring. Syv av ni studier på VT undersøkte sammenhengen mellom VT og personlig traumeerfaring. Fire studier fant en positiv assosiasjon (Birinci &

Erden, 2016; Gulin, 2017; Maguire & Byrne, 2017; Peled-Avram, 2017), mens tre ikke fant noen sammenheng (Dunkley & Whelan, 2006; Finklestein, 2015; Zacharcenko, 2006).

Zacharcenko (2006) fant imidlertid at ansatte som gikk i egenterapi hadde høyere risiko for VT. Oppsummert er funnene inkonsistente, men gir likevel en liten indikasjon på at egenopplevde traumer er en risikofaktor for VT.

Veiledning og støtte. Syv studier hadde undersøkt faktorer assosiert med veiledning (kvalitet, allianse, frekvens), støtte (profesjonell, kollegial) og VT, hvorav seks studier fant en sammenheng. DelTosta og kollegaer (2019), Dunkley og Whelan (2006), og Gulin (2017) fant at god allianse mellom arbeidstaker og veileder, samt høy kvalitet på veiledning, var negativt assosiert med VT. Peled-Avram (2017) fant også at veiledning som var relasjonsorientert og ble oppfattet som effektiv var negativt assosiert. Zacharcenko (2006) fant at høyere grad av kollegial støtte var negativt assosiert med VT, men ingen sammenheng mellom profesjonell støtte/veiledning og VT. Ett studie fant at profesjonell støtte i form av workshops, veiledning og debriefing var positivt assosiert med VT (Finklestein et al., 2015), og ett studie fant ingen assosiasjon mellom variablene (Halevi & Idisis, 2018). Oppsummert tyder resultatene på at veiledning som preges av høy kvalitet og god allianse mellom arbeidstaker og veileder virker beskyttende mot VT.

Emosjonell reaktivitet og empatisk engasjement. De ansattes emosjonelle responser og empatiske tilnærming i terapi var undersøkt i fem studier. Studiene skilte mellom empatisk tilnærming som ga negative emosjonelle og kognitive reaksjoner (eksempelvis fysiologisk aktivering, anspenthet, angst, opplevd trussel mot selvet, selvbevissthet, nedsatt refleksjonsevne), og empatisk tilnærming som ga positive reaksjoner (eksempelvis opplevelse av mestring, personlig vekst, refleksjoner, tydelig grense mellom selv og andre). Alle studiene fant at faktorene var assosiert med VT.

Fire studier fant at høyere empatisk engasjement og negativ emosjonell reaktivitet var

positivt assosiert med VT (DeiTosta et al., 2019; Finklestein et al., 2015; Gulin, 2017; Peled-Avram, 2017). Det femte studiet hadde undersøkt faktorene gjennom selvdifferensiering («differentiation of self», DS), som inkluderte hvorvidt deltakerne opplevde en tydelig grense mellom selv og andre, emosjonell reaktivitet, intimitet og engasjement i andre (Halevi & Idisis, 2018). Forfatterne fant at personer med en tydelig avgrensing mellom selv og andre, lavere emosjonell reaktivitet og engasjement i andre, og som var komfortable med intimitet, hadde lavere nivåer av VT. Oppsummert tyder resultatene på at høy emosjonell reaktivitet og høyt empatisk engasjement øker risikoen for VT.

Kjønn og alder. Alle studiene hadde undersøkt hvorvidt kjønn og alder var assosiert med VT. Ingen av studiene fant en sammenheng mellom kjønn og VT. Gulin (2017) og Halevi og Idisis (2018) fant at høyere alder var negativt assosiert med VT, men sistnevntes funn ble ikke-signifikant da de kontrollerte for selvdifferensiering (DS). Studien viste at eldre deltakere hadde høyere DS, og at alder virket beskyttende mot VT gjennom DS. Oppsummert var det få studier som fant en sammenheng mellom kjønn, alder og VT, hvilket indikerer at kjønn og alder ikke er av betydning for utvikling av VT.

Arbeidserfaring og kompetanse. Alle studiene på VT undersøkte sammenhengen mellom arbeidserfaring og VT. Ett studie fant at flere års arbeidserfaring økte risikoen for VT (Finklestein et al., 2015), og to studier fant at mer arbeidserfaring reduserte risikoen for VT (Birinci & Erden, 2016; Gulin, 2017).

Fire studier hadde undersøkt sammenhengen mellom kompetanse og VT (Birinci & Erden, 2016; Finklestein et al., 2015; Gulin, 2017; Zacharcenko, 2006). Kompetanse var i studiene operasjonalisert som utdanning, profesjon, profesjonell mestringstro (troen på at man har relevant kunnskap og kompetanse til å mestre arbeidsoppgaver og egne reaksjoner) og spisskompetanse (kurs og utdanning for relevant problematikk). Det ble funnet en negativ assosiasjon mellom VT og profesjonell mestringstro (Finklestein et al., 2015), høyere

utdanning (Finklestein et al., 2015), å føle seg forberedt (Gulin, 2017), og høy kompetanse innenfor traumer (Zacharcenko, 2006). Biricni og Erden (2016) fant også at psykologer hadde lavere nivåer av VT enn de andre yrkesgruppene i utvalget (advokater, sosialarbeidere og ambulansearbeidere).

Resultatene tyder på at relevant kompetanse (både objektiv og subjektiv) virker beskyttende mot utvikling av VT. Resultatene på sammenhengen mellom arbeidserfaring og VT viser inkonsistente funn, der arbeidserfaring i noen tilfeller virker beskyttende, og i andre tilfeller kan øke risikoen.

Mestringsstil og personlighet. Sammenhengen mellom mestringsstil og VT var undersøkt i to studier (Dunkley & Whelan, 2006; Gulin, 2017). Begge studiene fant at en problemfokuset eller aktiv mestringsstil var negativt assosiert med VT. Dunkley og Whelan (2006) fant også at ikke-produktiv mestringsstil (å klandre seg selv, ignorere problemet, isolere seg fra andre) var positivt assosiert med VT.

Faktorer knyttet til personlighet var undersøkt i to studier (Maguire & Byrne, 2017; Zacharcenko, 2006). Maguire og Byrne (2017) fant at personlighetstrekket medmenneskelighet («agreeableness») var positivt assosiert med VT, og at personlighetstrekkene planmessighet («conscientiousness»), emosjonell stabilitet og åpenhet for erfaringer var negativt assosiert. Zacharcenko (2006) fant at å være opptatt av andres bekreftelse og å ha et høyt ønske om å innfri andres forventninger var positivt assosiert med VT. Resultatene tyder på at aktive mestringsstrategier (å søke støtte hos andre, planlegging, problemløsning, bruk av humor) og enkelte personlighetstrekk virker beskyttende mot VT.

Diskusjon

Denne studien hadde som formål å undersøke risiko- og beskyttende faktorer assosiert med STS, CF og VT blant psykisk helsepersonell som var indirekte eksponert for traumer gjennom sitt arbeid. Resultatene viser at mange av de samme faktorene er involvert i utvikling

av STS, CF og VT. Studier som gjorde korrelasjonelle analyser på utfallsvariablene fant også at konstruktene korrelerte med hverandre (Birinci & Erden, 2016; Butler et al., 2017; Eastwood & Ecklund, 2008; Gulin, 2017; Lounsbury, 2006; Mangoulia et al., 2015; Penix et al., 2019). Dette tyder på at STS, CF og VT er relatert til hverandre. Det var imidlertid noen faktorer som var involvert i utvikling av noen av lidelsene, men ikke alle, hvilket tyder på at de også er ulike fenomener.

Personlig traumeerfaring så ut til å være en tydelig risikofaktor for STS, og i noen grad for VT. Det så ikke ut til å ha betydning for utvikling av CF, men var heller ikke undersøkt i så mange studier. En stor overvekt av studiene fant at emosjonell reaktivitet var risikofaktor for både STS, CF og VT. For STS og CF var grad av sekundær traumeeksponering og utbrenthet en risikofaktor, men ikke relatert til utvikling av VT. Kompetanse, veiledning og profesjonell støtte virket beskyttende mot både STS, CF og VT, mens egenomsorg virket beskyttende kun mot STS og CF. Egenomsorg var imidlertid undersøkt i mindre grad i forbindelse med VT. Kjønn og alder var i liten grad relatert til noen av konstruktene, mens arbeidserfaring så ut til å være relatert til STS og i noen grad til VT. Funnene på arbeidserfaring var imidlertid inkonsistente, der noen studier fant at mer arbeidserfaring økte forekomsten av STS og VT, mens andre fant at det reduserte forekomsten.

I følgende tekst vil resultatene diskuteres, samt studiens kliniske implikasjoner. Det vil drøftes hvordan en selv og andre kan oppdage tidlige signaler på STS, CF og VT, og hvordan utvikling av de potensielt negative ettervirkningene ved å jobbe med traumeutsatte kan forebygges.

Risikofaktorer

Personlig traumeerfaring. De fleste studiene som hadde undersøkt personlig traumeerfaring og STS, fant at personlig traumeerfaring økte risikoen for STS (f.eks. Butler et

al., 2017; Cieslak et al., 2013; Maguire & Byrne, 2017; Tosone et al., 2011). Flere studier på VT fant samme assosiasjon (Birinci & Erden, 2016; Gulin, 2017; Maguire & Byrne, 2017; Peled-Avram, 2017). Å jobbe med traumatiserte mennesker innebærer eksponering for detaljerte beskrivelser av andres opplevelser. En hypotese for å forklare dette funnet kan være at klientenes historier virker som påminnere eller triggere for egne opplevelser, især når klientenes opplevelser har likhetstrekk med egne erfaringer.

For eksempel fant Penix og kollegaer (2019) at de som jobbet med traumereaksjoner i etterkant av krig, hadde høyere risiko for STS hvis de selv hadde opplevd krig. Liknende resultater ble funnet av Tosone og kollegaer (2011), der ansatte som jobbet i etterkant av 9/11-angrepene hadde større risiko for STS hvis de selv opplevde angrepene. Dworkin og kollegaer (2016) fant også at ansatte som jobbet med overgrepsutsatte hadde større risiko for STS hvis de selv hadde blitt utsatt for overgrep. Hvis det er slik at STS- og VT-symptomer hos terapeuter kommer av at klientenes historier trigger egne traumeerfaringer, kan det diskuteres om symptomene er knyttet til sekundærtraumatisering, eller om de i større grad reflekterer en primær PTSD. Hvis dette er tilfellet, kan symptomene feilaktig regnes som STS eller VT, der det egentlig dreier seg om reaktivering av PTSD-symptomer eller retraumatisering.

En alternativ forklaring på sammenhengen mellom personlig traumeerfaring og STS/VT, kan være at personer med egne traumeerfaringer bærer en sårbarhet med seg inn i terapirommet. Som diskutert innledningsvis kan traumeopplevelser føre til en rekke konsekvenser, og det kan tenkes at terapeuter med personlige traumeerfaring har færre tilgjengelige ressurser til å takle påkjenninger i terapi. Studier viser at personer som har opplevd store emosjonelle påkjenninger, får høyere stressnivå i senere situasjoner utover det som kan forventes av den aktuelle situasjonen (Ensel & Lin, 2000). Det kan også gjøre den utsatte mer observant og redd for senere frykt- og angstreaksjoner, noe som igjen kan

forsterke traumereaksjoner (Marshall, Miles & Stewart, 2010). Det er derfor mulig at terapeuter med traumehistorikk får kraftigere emosjonelle responser på klienters historier, at de ikke klarer å håndtere eller regulere reaksjonene i tilstrekkelig grad, og at de er svært bevisste sine egne traumerelaterte reaksjoner. Sett i forbindelse med emosjonell reaktivitet, vil dette gjøre de ytterligere sårbare for utvikling av STS og VT.

Emosjonell reaktivitet. Emosjonell reaktivitet var forbundet med utvikling av både STS, CF og VT. Desto mer negative emosjonelle og kognitive responser terapeutene hadde på klientenes historier, desto større risiko hadde de for STS, CF og VT (Butler et al., 2017; Cieslak et al., 2013; DelTosta et al., 2019; Eastwood & Ecklund, 2008; Finklestein et al., 2015; Gulin, 2017; Halevi & Idisis, 2018; Lounsbury, 2006; Peled-Avram, 2017). For VT var også empatisk engasjement en viktig komponent.

Bowen (1978) snakker om viktigheten av selvdifferensiering («differentiation of self») i terapi, der terapeuten evner å skille mellom tanker og følelser, vet når en bør la seg styre av intellekt versus emosjon, klarer å inngå intime relasjoner til andre, og samtidig opprettholder en opplevelse av personlig uavhengighet. Studiene i litteraturgjennomgangen viste at terapeuter som ikke klarte å sette tydelige grenser mellom seg selv og andre, som hadde kraftigere fysiologisk aktivering i form av frykt, anspenhet og angst, økt selvbevissthet og nedsatt refleksjonsevne i terapi, hadde større risiko for STS, CF og VT. Dette vil si at terapeuter med lav selvdifferensiering opplevde mer negative emosjonelle og kognitive reaksjoner på klientenes traumehistorier. Dette kan knyttes til de funn som viste at personer som skåret lavt på personlighetstrekket emosjonell stabilitet, og derav høyt på nevrotisme, hadde økt risiko for STS og VT (Maguire & Byrne, 2017). Ut fra Bowens teori (1978), kan det tenkes at disse terapeutene guides mer av emosjoner enn rasjonalitet, og derav tar beslutninger ut fra det som *føles* rett og ikke nødvendigvis *er* rett i en gitt situasjon. Dette kan

gi konsekvenser for både terapeut og klient, der terapeuten blir sårbar for STS, CF og VT, og klienten potensielt tilbys helseshjelp av lavere kvalitet.

På andre siden viste resultatene at de terapeuter med høy selvdifferensiering hadde lavere risiko for STS, CF og VT. Disse terapeutene evnet å opprettholde en tydelig grense for selvet, samtidig som de opplevde tilhørighet til andre og var i kontakt med egne følelser. Det kan tenkes at disse terapeutene håndterer klientenes historier på mer helsefremmende måter, der de minner seg på at klientens problematikk «tilhører» klienten, samtidig som de evner å opprettholde en empatisk relasjon. Hypotesen underbygges av funn som viste at personlighetstrekket emosjonell stabilitet virket beskyttende mot STS og VT (Maguire & Byrne, 2017), hvor det kan tenkes at terapeuter som skårer høyt på dette personlighetstrekket mestrer å benytte adaptive og hensiktsmessige reguleringsmekanismer og tilnærminger i terapirommet. Ifølge Bowens teori (1978), vil disse terapeutene evne å være mer fleksible i terapi, der de veksler mellom emosjonelle og intellektuelle fremgangsmåter ut fra det som vurderes som best i hver enkelt situasjon. Dette vil potensielt danne et godt terapeutisk miljø, der klienten føler omsorg og varme fra terapeuten, samtidig som terapeuten ikke blir overveldet og står i fare for å «overta» klientens vansker. Å mestre egne emosjonelle responser, den terapeutiske situasjonen og alliansen med klienter, vil for terapeuten fungere som kilde til personlig og profesjonell mestring og vekst, og kan på den måten virke beskyttende mot negative langtidseffekter av å bedrive terapi.

Traumeeksponering. Studiene fra litteraturgjennomgangen viste at mer eksponering for traumeinnhold økte risikoen for STS og CF (f.eks. Craig & Sprang, 2009; Creamer & Liddle, 2005; Dworkin et al., 2016; Ferdinand, 2011; Mangoulia et al., 2015). Dette gjaldt både hvor hyppig terapeutene møtte traumeklienter, hvor mange traumeklienter de hadde i sin portefølje, og hvor mye av arbeidstiden som ble brukt på traumeklienter. Noen av studiene fant også at personer med flere års arbeidserfaring hadde større risiko for STS (Finklestein et

al., 2015; Gulin, 2017; Lounsbury, 2006), hvilket muligens kan forklares med at de har blitt mer eksponert for traumer over tid.

Andre funn fra litteraturgjennomgangen var at desto mer detaljrike og aversive traumehistoriene var, og desto flere barn terapeutene hadde i sin portefølje, desto mer økte risikoen for STS og CF (Creamer & Liddle, 2005; Denkinger et al., 2018; Diehm et al., 2019). Det ble også funnet økt risiko for STS blant terapeuter som brukte traumenarrativ tilnærming i terapi (Penix et al., 2019). I traumenarrativ terapi skal klienten sammenfatte en detaljert fortelling om sin opplevelse før, under og etter traumet, og sette ord på følelser og tanker assosiert med hendelsen (Kornør, 2013). Denne behandlingsmetoden innebærer dermed høyt detaljerte beskrivelser av traumeopplevelser, og fører på den måten til økt sekundærtraumatisk eksponering for terapeuten. Ett studie fant også at terapeuter som jobbet med menneskepåførte traumer som vold og overgrep, hadde høyere risiko for STS og CF enn terapeuter som eksempelvis jobbet med traumer knyttet til naturkatastrofer (Peled-Avram, 2017). Dette er i tråd med studier som har tilsvarende funn for PTSD, der menneskepåførte traumer gir større risiko for PTSD enn naturkatastrofer (Galea, Nandi & Vlahov, 2005; Norris et al., 2002).

Det er plausibelt å tenke at traumeopplevelser som innebærer at klienten har blitt utsatt for alvorlig urett av andre, vekker mer emosjonelle responser hos terapeuten sammenliknet med traumeopplevelser som kommer av naturgitte krefter. Urett mot barn kan bli enda vanskeligere å akseptere, da barn liten grad har mulighet til å beskytte seg selv og komme seg unna levekår som eksempelvis preges av vold og overgrep. Som drøftet ved emosjonell reaktivitet, gir negative emosjonelle og kognitive responser i terapi høyere risiko for STS, CF og VT, og sammenhengen kan forklares ut fra dette. Funnene indikerer at eksponering for traumer over tid kan kumulere til å påvirke terapeuten negativt, og at det ikke bare er eksponeringen i seg selv som øker risikoen for STS og CF, men også historienes detaljnivå,

traumenes karakter og alvorlighetsgrad. Det bør imidlertid nevnes at det ikke er utelukkende negativt å eksponeres for andres traumeerfaringer, da en slik form for arbeid på mange måter kan være kilde til personlig vekst. Flere deltakere som hadde mange traumeklienter i sin portefølje hadde stor glede ved arbeidet sitt, der de opplevde å gjøre noe viktig for andre og at jobben var gledesfylt (Butler et al., 2017; Craig & Sprang, 2009).

Profesjonell utbrenthet. Alle studiene som undersøkte hvorvidt profesjonell utbrenthet var forbundet med STS og CF, fant en sammenheng (f.eks. Birinci & Erden, 2016; Eastwood & Ecklund, 2008; Gulin, 2017; Lounsbury, 2006; Penix et al., 2019). Faktorer som dårlig arbeidsmiljø, lite støtte fra ledelsen, høye profesjonelle krav, mange klienter og mye papirarbeid var assosiert med høyere risiko for STS og CF. Motsatt var ledelse som var tilgjengelig for, engasjert i, og støttende overfor sine ansatte assosiert med lavere risiko. Å jobbe som terapeut krever et høyt personlig og empatisk engasjement, full tilstedeværelse og rasjonell tenkning, og når jobben i seg selv er krevende, vil faktorer som å ha lite kontroll over egen arbeidsdag, høye krav og forventninger fra klienter og ledelse, lite muligheter for faglig og personlig drøfting, og store arbeidsmengder, kunne føre til økt psykisk press.

At en som terapeut ikke opplever å kunne gi et godt og forsvarlig helsetilbud, og samtidig står overfor høye profesjonelle krav, vil kunne gjøre terapeuten emosjonelt og fysiologisk utmattet. Mye av terapeutens kognitive kapasitet vil brukes på å håndtere organisasjonelle krav, og terapeuten kan følgelig få færre tilgjengelige ressurser til å håndtere inntrykk fra terapirommet. På den måten vil utbrenthet kunne gi økt risiko for STS og CF.

Beskyttende faktorer

Veiledning og lederstil. De fleste studiene fant en klar sammenheng mellom faktorer assosiert med veiledning og STS, CF og VT. Flere studier fant at det å motta veiledning og profesjonell støtte hadde en beskyttende effekt (Boscarino et al., 2004; Dworkin et al., 2016; Finklestein et al., 2015; Lounsbury, 2006; Penix et al., 2019). Andre fant imidlertid at det ikke

var veiledning i seg selv som virket beskyttende, men at det var faktorer ved veiledningen som var av betydning. For å ha en beskyttende effekt, måtte veiledningen oppleves som effektiv, være av god kvalitet, og være preget av god allianse mellom veileder og den som ble veiledet (DelTosta et al., 2019; Dunkley & Whelan, 2006; Gulin, 2017; Peled-Avram, 2017; Petersen, 2014). Dette indikerer at det ikke nødvendigvis er tilstrekkelig med veiledning i seg selv, men at veiledningen må ha en viss kvalitet over seg for å virke beskyttende.

En annen faktor som var undersøkt i forbindelse med veiledning, var grad og frekvens av debriefing. Et noe overraskende funn var at hyppigere frekvens av debriefing var assosiert med økt risiko for STS og VT (Finklestein et al., 2015; Zacharcenko, 2006). Debriefing har som formål å redusere negative følelsesmessige reaksjoner blant ansatte i etterkant av uønskede pasienthendelser (Kirkehei, Lindahl & Tinnå, 2012), og kan derfor tenkes å være et godt tiltak for å redusere STS, CF og VT. Funnene kan imidlertid forklares av at debriefing som regel forekommer i etterkant av hendelser som gjør sterke inntrykk, og at det kan være karakteristika ved situasjonen som øker risikoen for STS og VT, og ikke debriefingen i seg selv. Resultatene kan også ha blitt påvirket av måten debriefingen ble gjennomført på, da studier viser at enkelte former for debriefing kan være skadelige, og at det i mange tilfeller kan gi økt forekomst av traumesymptomer (Kagee, 2002).

Et annet interessant funn var i Ferdinand (2011) sin studie, som fant en positiv assosiasjon mellom å jobbe i tverrfaglig team og STS. Intuitivt kan det tenkes at å jobbe i team øker mulighetene for å motta profesjonell og kollegial støtte, og på den måten virker beskyttende mot STS. En mulig forklaring på funnet er at å jobbe i team gir økt eksponering for traumeklienter, der man i tillegg til egne saker, også involveres i andres saker. Som nevnt er økt eksponering for sekundærtraumer assosiert med økt risiko for STS og CF. Det ble ikke kontrollert for teamklima, noe som også kan ha påvirket resultatene dersom teamet eksempelvis har vært preget av intern konkurranse heller enn støtte. Å jobbe i tverrfaglig team

kan også by på utfordringer dersom de forskjellige profesjonene gjør ulike faglige vurderinger, og de ikke kommer til enighet hva gjelder tiltak og forsvarlighet (Finn, Learmonth & Reedy, 2010). Dette kan bidra til økt arbeidspress og følgelig økt risiko for STS.

Kompetanse. Kompetanse var funnet å virke beskyttende mot både STS, CF og VT (f.eks. Boscarino et al., 2004; David, 2012; Eastwood & Ecklund, 2008; Gulin, 2017; Zacharcenko, 2006). Dette gjaldt både objektiv kompetanse, i form av spesifikk opplæring innenfor traumer og traumebehandling, psykologisk kompetanse eller annen relevant kursing, og subjektiv kompetanse, i form av resiliens og egenopplevd tro på at man har de nødvendige ressurser til å håndtere arbeidsoppgaver og reaksjoner i terapirommet.

Craig og Sprang (2009) fant at bruk av evidensbasert terapi virket beskyttende mot CF, der evidensbasert terapi var definert som empirisk undersøkte intervensjoner som hadde vist seg å ha effekt i form av symptomreduksjon. Det kan tenkes at ansatte med opplæring i evidensbaserte behandlingstilnærminger opplever at klientene får mer effekt av behandlingen, og at terapeuten får mer opplevelse av mestring og tro på egne terapeutiske evner som følge. Det kan også virke betryggende for terapeuten at behandlingstilnærmingen er standardisert og manualbasert, da terapien blir mindre personlig og avhengig av egenskaper ved terapeuten. Dette kan gjøre det lettere å sette profesjonelle og emosjonelle grenser mellom selv og andre, der terapeuten, ved å støtte seg på manualbaserte behandlingsformer, kan tillate seg å bli mindre følelsesmessig og empatisk involvert i klienten, men samtidig evne å opprettholde et varmt terapeutisk klima.

Noen studier fant at flere års arbeidserfaring virket beskyttende mot STS (Creamer & Liddle, 2005; Ferdinand, 2011; Petersen, 2014) og VT (Birinci & Erden, 2016; Gulin, 2017). Det kan tenkes at økt kompetanse følger av økt arbeidserfaring, og at arbeidserfaring på den måten virker beskyttende. Mer arbeidserfaring vil imidlertid ikke føre til økt kompetanse av

seg selv, dersom man i utgangspunktet benytter uhensiktsmessige og lite effektive tilnærminger i terapi, og samtidig er lite tilbøyelig til å videreutvikle egne terapeutiske evner og ferdigheter. Overdreven tro på egne evner og kompetanse vil kunne forhindre terapeutisk vekst, og derav føre til at økt arbeidserfaring ikke blir ensbetydende med økt kompetanse. Dette kan delvis forklare funnene fra de studiene som ikke fant noen sammenheng mellom arbeidserfaring og STS, CF eller VT.

Det ble funnet sammenhenger mellom VT og mestringsstil, der problemfokusert og aktiv mestringsstil virket beskyttende mot VT (Dunkley & Whelan, 2006; Gulin, 2017). Inkludert i dette var bruk av humor, positivt selvsnakk og restrukturering, planlegging og å søke støtte hos andre. Mestringsstil er kjent for å være knyttet til personlighetstrekk, og kan derfor tenkes å være vanskelig å endre eller påvirke (Folkman & Moskowitz, 2004). Mestringsstiler kan imidlertid modereres gjennom måten man håndterer sine personlighetstrekk på, og trenger derfor ikke nødvendigvis å være et vedvarende personlig trekk (Donnellan, Hevey, Hickey & O'Neil, 2006). Dette betyr at terapeuten står i posisjon til å kunne tilegne seg kunnskap om hensiktsmessige mestringsstiler, og videre bruke disse mestringsstilene aktivt overfor relevante problemstillinger. Det kan tenkes at kompetente terapeuter innehar kunnskap om dette, eller at de over tid utvikler mer adaptive måter å håndtere inntrykk fra terapirommet på. Mestringsstil kan på den måten sees i lys av kompetanse, der det er mulig at mer kompetente terapeuter bruker mer adaptive mestringsstiler, og følgende innehar flere ressurser som virker beskyttende mot VT.

Egenomsorg. Samtlige studier, bortsett fra Maguire og Byrne (2017), fant at å praktisere egenomsorgsaktiviteter virket beskyttende mot STS og CF (f.eks. Butler et al., 2017; Eastwood & Ecklund, 2008; Gillespie, 2014; Mangoulia et al., 2015; Petersen, 2014). Blant annet har tilstrekkelig søvn vist seg å være assosiert med bedre sosial og yrkesmessig fungering, mindre risiko for psykiske og fysiologiske plager, lavere påvirkelighet og bedre

evner til oppmerksomhet, årvåkenhet og kommunikasjon (Blagrove, 1996; Harrison & Horne, 1997; Singareddy et al., 2012). God ernæring har også vist seg å være assosiert med bedre kognitiv fungering innenfor områdene årvåkenhet, hukommelse, humør og reaksjonstid (Gibson & Greene, 2002; Neri et al., 1995). Dette indikerer at selvivaretagelse i form av tilstrekkelig søvn og ernæring vil øke terapeutenes kognitive kapasitet, og at de følgelig kan få mer tilgjengelige ressurser til å håndtere inntrykk og situasjoner i terapi. Det kan også tenkes at aktiviteter som hjelper terapeuten å «koble av», som ikke lar seg kombinere med tanker og følelser knyttet til arbeidet, også vil redusere de negative effekter av å jobbe med traumeutsatte. Dette kan være aktiviteter som vist i studiene, som strikking, lesing, meditasjon og fysisk aktivitet. Aktivitetene kan fungere beskyttende mot STS og CF i den forstand at terapeuten gir seg selv mulighet til å legge vekk faktorer assosiert med arbeidet, og videre fokuserer på positive aspekter ved eget liv.

Begrensninger ved litteraturgjennomgangen

Alle studiene som inngikk i denne systematiske litteraturgjennomgangen var engelskspråklige og hentet fra tre databaser. Det er sannsynlig at det har blitt publisert studier på andre språk og i andre databaser som ikke har blitt inkludert i denne studien. I tillegg var alle studiene som inngikk i analysen publiserte studier, og vi har ikke har gjort forsøk på å oppsøke upubliserte studier. For å styrke studien kunne det vært hensiktsmessig å kartlegge eventuelle ikke-publiserte studier, gjennomføre søk i flere databaser, samt inkludere studier som ikke var engelskspråklige. Litteraturgjennomgangen er også basert på relativt få studier, og funnene ville blitt styrket dersom flere studier var inkludert.

Implikasjoner

Til tross for at funnene er basert på delvis få studier, gir studier likevel indikasjoner på at det finnes tiltak som muligens kan minimere effekten og forekomsten av STS, CF og VT.

Studenter som utdanner seg innenfor psykisk helsevern kan gjennom sin kliniske praksis møte på klienter med traumehistorier allerede før de er ferdigutdannet. Vår studie viser viktigheten av kunnskap og kompetanse for å redusere forekomsten av STS, CF og VT. Som Isdal (2017) poengterer, er det per i dag ikke tilstrekkelig opplæring om STS, CF og VT i undervisningen til de som utdanner seg innenfor psykisk helsevern i Norge. Det er heller ikke tilstrekkelig opplæring om vanlige reaksjoner ved, og konsekvenser av, å jobbe med traumeutsatte. Dette følger med studentene når de etter hvert går ut i arbeidslivet. Sannsynligvis vil studenter og ferdigutdannede ha fordel av å få økt sin kompetanse på hvordan terapi kan ha effekt på dem selv, da en i større grad blir kjent med tidlige tegn og kan utvikle strategier for å redusere negative effekter ved å jobbe med traumeutsatte. Resultatet kan bli bedre og mer motstandsdyktige terapeuter, som kan tåle og regulere reaksjoner hos både klienter og en selv.

Emosjonell reaktivitet var et sentralt funn i denne studien, der negative responser på klienters historier var knyttet til økt risiko for STS, CF og VT. Dette belyser viktigheten av å få opplæring og undervisning i hvordan håndtere egne reaksjoner, hvordan skille mellom emosjonelle responser som oppstår ved overføring eller seg selv, hvordan regulere egne emosjoner, hvordan opprettholde rasjonell tenkning og hvordan sette emosjonelle grenser mellom seg selv og klienten. Hvordan emosjonell reaktivitet kan reguleres, eksempelvis gjennom mindfulnessøvelser, grounding- og avslapningsteknikker og andre selvreguleringsteknikker (Kushner & Marnocha, 2008), kan være nyttig å tematisere både i undervisning, kursing og veiledning.

Funn fra studien viser at veiledning er en faktor som bør etterstrebes i utdanningssammenheng og i arbeidslivet. Studien viser viktigheten av å sette av tid til veiledning, slik at man får mulighet til å drøfte saker, men også egne tanker og følelser knyttet til terapeut- og hjelpperollen. Det kan være nyttig at veiledere får opplæring i hvordan de kan

øke kvaliteten på veiledning, samt hvordan de kan gå frem for å øke allianse mellom ansatt og veileder. Veiledning er et godt supplement til utdanning og opplæring, der det kan legges til rette for at terapeuten utvikler sine terapeutiske ferdigheter og evne til å ivareta seg selv. Dette vil gi muligheter for økt kompetanse og tro på egne terapeutiske ferdigheter, som også virker beskyttende mot STS, CF og VT. Studien tyder på at profesjonell mestringstro vil økes ytterligere dersom terapeutene får spesifikk opplæring innenfor traumer og traumereaksjoner, noe som derfor bør etterstrebes, især blant terapeuter som i stor grad eksponeres for traumer.

Andre funn fra studien indikerer at terapeuter kan ha nytte av å få tilpasset prosentandelen traumeklienter i porteføljen, og at mengden klienter justeres ut ifra de sakene som terapeuten er involvert i. Å være involvert i en stor mengde traumesaker viser seg å være en faktor i utvikling av STS og CF, og risikoen ser ut til å bli større der sakene er av alvorlig grad. Tilpasning av klientmengden og traumesaker bør være et ansvar både hos terapeuten, som bør inkludere og informere arbeidsgiver, og hos arbeidsgiver, som bør være oppmerksom og oppdatert på de ansattes saker. Dette krever et godt og ærlig samarbeid mellom terapeut og ledelse, og kan være med på å forhindre både STS, CF og utbrenthet.

Siden utbrenthet ser ut til å være en risikofaktor for STS og CF, vil det være fordelaktig at ledelse og ansatte får kunnskap om tidlige tegn på utbrenthet. Ved å ha kunnskap om dette vil det lettere kunne observeres faresignaler, og man kan gå raskere inn å gjøre justeringer og tilrettelegginger for å forhindre videre utvikling. Av forebyggende betydning vil det være essensielt å ha kunnskap om de faktorene som kan føre til utbrenthet, som høyt arbeidspress, mangel på kontroll i arbeidssituasjonen, mangel på anerkjennelse og belønning, mangel på støtte og tiltro fra medarbeidere, mangel på rettferdighet og respekt, og gap mellom organisasjonelle og individuelle verdier (Maslach & Leiter, 2016). Kunnskap om dette kan være av betydning for hvordan helsevesenet praktiserer, slik at det i størst mulig

grad legges opp på måter som bidrar til å minimere negative effekter av å bedrive terapi og gi psykisk helsehjelp.

Begrensninger ved gjennomgåtte studier og forslag til videre forskning

Samlet sett representerer studiene et stort utvalg fra en rekke ulike profesjoner innenfor psykisk helse. Det var også et stort aldersspenn innad og mellom utvalgene. Dette styrker studienes funn når det kommer til hvorvidt resultatene kan generaliseres. På den annen side hadde rundt 70 % av studiene en betydelig overvekt av kvinner i utvalget. Dette gjør det usikkert om resultatene kan generaliseres til begge kjønn.

Samtlige studier inkludert i litteraturgjennomgangen var krysseksjonelle, der ulike grupper ble sammenliknet ved mål gjort på samme tidspunkt. Vi ønsket å undersøke risikofaktorer for, og beskyttelsesfaktorer mot STS, CF og VT, men studienes krysseksjonelle natur gjør det utfordrende å trekke slutninger om kausalitet. Dermed er det usikkert hvorvidt de identifiserte faktorene faktisk er risiko eller beskyttelsesfaktorer eller om funnene kan forklares av andre faktorer. Utfordringer knyttet til å trekke kausale slutninger kunne ha vært løst ved å inkludere longitudinelle studier, men vi har ikke lyktes i å finne longitudinelle studier som passet med studiens problemstilling og formål. Av dette fremkommer et behov for at fremtidige studier prioriterer longitudinelle undersøkelser av risikofaktorer for, og beskyttende faktorer mot STS, CF og VT blant terapeuter.

Videre kan fremtidige studier vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig å inkludere deltakere med personlig traumeerfaring. Personlig traumeerfaring ble funnet å være en risikofaktor for STS og VT, men det er usikkert hvorvidt måleinstrumentene faktisk klarer å skille tilstrekkelig mellom primær og sekundær PTSD. Som drøftet, kan det være at sekundær eksponering for traumer gir en reaktivering av personlige traumeerfaringer, og at målet på STS egentlig blir et mål på primær PTSD. Det har blitt stilt spørsmål ved om assosiasjonen mellom egne traumeopplevelser og sekundærtraumatisering skyldes mangel på

konstruktvaliditet av instrumentene, som igjen gir utfordringer med å skille mellom faktisk PTSD, reaktivering av PTSD-symptomer og sekundærtraumatisering (Elwood et al., 2011). Flere studier bruker også måleinstrumenter for PTSD ved kartlegging av STS, hvilket en i fremtiden bør være forsiktig med for å sikre hva som faktisk måles.

Fremtidige studier bør også etterstrebe en større tydelighet rundt konstruktene STS, CT og VT. Dette er som nevnt i innledningen konstruktdefinisjoner som tenderer mot å skape forvirring og uenigheter blant fagfolk, og begrepene brukes i mange tilfeller om hverandre. Et eksempel på dette er studier som skriver «sekundærtraumatisering, også kalt vikarierende traume» (Boscarino et al., 2004), eller som bruker instrumenter designet for å måle CF til å måle VT (Finklestein et al., 2015). Konstruktene sies å være forskjellige og uavhengige (Newell & MacNeil, 2010), hvilket forsterkes av funn i litteraturgjennomgangen som viser at det er ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer assosiert med konstruktene. Samtidig er mange av de samme faktorene involvert, og konstruktene korrelerer også med hverandre (Birinci & Erden, 2016; Butler et al., 2017; Eastwood & Ecklund, 2008; Gulin, 2017; Lounsbury, 2006; Mangoulia et al., 2015; Penix et al., 2019). At det per i dag ikke eksisterer konsistente definisjoner av konstruktene, og det er utfordrende å trekke klare skilnader mellom dem, gjør at fremtidige studier bør være tydelige på om det er STS, CF eller VT som undersøkes.

Samtidig som det er essensielt med en fremtidig konstruktbevissthet, er det viktig at studier bruker validerte måleinstrumenter som er ment å måle det aktuelle konstruktet. For eksempel bør ikke kartleggingsverktøy for PTSD brukes for å måle STS, ei heller bør kartleggingsverktøy for CF brukes for å måle VT. Optimalt sett kan fremtidige studier vurdere å inkludere mål på alle tre konstruktene, da det kan argumenteres for at VT er et aspekt ved STS, og STS et aspekt ved CF. ProQOL inkluderer mål på både CF og STS (Stamm, 2005), og er derfor et godt måleverktøy for disse to konstruktene. I tillegg er spørsmålene formulert til å omhandle jobbrelaterte symptomer, og knytter seg dermed direkte til

sekundærtraumatisering. Dersom studier som benytter ProQOL eksempelvis inkluderer spørreskjemaet TABS som mål på VT, vil dette gi mer helhetlige mål på alle de negative effektene som kan komme av sekundæreksposering for traumer.

Konklusjon

Helsepersonell innenfor psykisk helsesektor, som eksponeres for klienter med traumereaksjoner, antas å selv være i en risiko for å utvikle liknende symptomer. Tilstandene omtales i litteraturen som sekundærtraumatisk stress, vikarierende traumatisering og compassion fatigue. Denne litteraturgjennomgangen har identifisert flere risiko- og beskyttelsesfaktorer for tilstandene. Det foreligger indikasjoner på at de kan gjøres tiltak både på organisatoriske og personlige plan som potensielt kan virke forebyggende mot utvikling av STS, VT og CF. Det fremkommer også at termenes definisjoner er inkonsistente, hvilket gir rom for uenigheter og misforståelser rundt begrepene. Vi håper at videre forskning bidrar til ytterligere kunnskap om, og tydeligere forståelse av, fenomenene, og at mulige intervensjoner undersøkes og implementeres i praksis.

Referanser

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 19-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aparicio, E., Michalopoulos, L. M., & Unick, G. J. (2013). An examination of the psychometric properties of the vicarious trauma scale in a sample of licensed social workers. *Health & Social Work, 38*(4), 199-206. doi: [10.1093/hsw/hlt017](https://doi.org/10.1093/hsw/hlt017)
- Astin, M. (1997). Traumatic therapy: How helping rape victims affect me as a therapist. *Women & Therapy, 20*(1), 101-109. doi: [10.1300/J015v20n01_17](https://doi.org/10.1300/J015v20n01_17)
- Benum, K. (2014). Terapeuten i møtet mellom sterke påkjenninger og profesjonell egenomsorg. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 349 - 358). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 42*(2), 125-127. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2005/02/sekundaer-traumatisering-vikarierende-traumatisering-og-omsorgstretthet>
- Birinci, G. G., & Erden, G. (2016). Evaluation of vicarious trauma, secondary traumatic stress and burnout in aid workers. *Turkish Journal of Psychology, 31*(77), 27-30. Hentet fra

<https://www.psikolog.org.tr/en/publications/yayinlar/10.31828/tpd1300443320160000m000028.pdf>

Blagrove, M. (1996). Effects of length of sleep deprivation on interrogative suggestibility.

Journal of Experimental Psychology, 2(1), 48–59. doi: [10.1037/1076-898X.2.1.48](https://doi.org/10.1037/1076-898X.2.1.48)

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489–498. doi:

[10.1002/jts.22059](https://doi.org/10.1002/jts.22059)

Boscarino, J., Figley, C. R., & Adams, R. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attack: A study of secondary trauma among New York city social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 57–66.

PMID: [15298076](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15298076/)

Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.

Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70. doi: [10.1093/sw/52.1.63](https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63)

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27–35. doi: [10.1177/1049731503254106](https://doi.org/10.1177/1049731503254106)

Briere, J. (1996). Psychometric review of the trauma symptom checklist-40. I B. H. Stamm (Red.), *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.

Butler, L. D., Carello, J., & Maguin, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: Predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 416–424. doi: [10.1037/tra0000187](https://doi.org/10.1037/tra0000187)

Bækkelund, H. (2015). Hva er traumer og traumebehandling? Hentet fra

<https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-traumer-og-traumebehandling>

Bækkelund, H., & Berg, A. O. B. (2014). Kartlegging og diagnostisering av traumerelaterte lidelser. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 78 - 99). Oslo: Universitetsforlaget.

Can, N. (2018). *Caring for beginning counselors: The relationship between empathy, supervisory working alliance, resilience, wellness, and compassion fatigue among counselors-in-training* (Doktoravhandling, Texas A&M University-Corpus Christi). Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/2037210595>

Cavanagh N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., Page, S., Mitchell, I., & Doig, C. J. (2019). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 1-27. doi: [10.1177/0969733019889400](https://doi.org/10.1177/0969733019889400)

Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B. A., Peterson, A. L., & Benight, C. C. (2013). Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military. Prevalence and its work- and exposure-related correlates. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 917–925. doi: [10.1097%2FNMD.0000000000000034](https://doi.org/10.1097%2FNMD.0000000000000034)

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *Environmental Research and Public Health*, 13(6), 618-636. doi: [10.3390/ijerph13060618](https://doi.org/10.3390/ijerph13060618)

Craig, C. D., & Sprang, G. (2009). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23(3), 319–339. doi: [10.1080/10615800903085818](https://doi.org/10.1080/10615800903085818)

- Creamer, T. L., & Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 89-96. doi: [10.1002/jts.20008](https://doi.org/10.1002/jts.20008)
- David, D. P. (2012). *Resilience as a protective factor against compassion fatigue in trauma therapists* (Doktoravhandling, Walden University). Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1235717224>
- Dawne, S. V., King, D. W., & King, L. A. (2007). Risk pathways for PTSD. I M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Red.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (s. 99-115). New York: The Guilford Press.
- DelTosta, J. E., Ellis, M. V., & McNamara, M. L. (2019). Trainee vicarious traumatization: Examining supervisory working alliance and trainee empathy. *Training and Education in Professional Psychology, 13*(4), 300-306. doi: [10.1037/tep0000232](https://doi.org/10.1037/tep0000232)
- Denkinger, J. K., Windthorst, P., El Sount, C. R.-O., Blume, M., Sedik, H., Kizilhsn, J. I., Gibbons, N., Pham, P., Hillebrecht, J., Ateia, N., Nikendei, C., Zipfel, S., & Junne, F. (2018). Secondary traumatization in caregivers working with women and children who suffered extreme violence by the “Islamic State”. *Frontiers in Psychiatry, 9*(234). doi: [10.3389/fpsyt.2018.00234](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00234)
- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., & King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology, 25*(3), 196-202. doi: [10.1037/trm0000181](https://doi.org/10.1037/trm0000181)
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review, 33*(6), 728-744. doi: [10.1016/j.cpr.2013.05.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.002)
- Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatisatation in telephone counsellors:

- Internal and external influences. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34(4), 451-469. doi: [10.1080/03069880600942574](https://doi.org/10.1080/03069880600942574)
- Donnellan, C., Hevey, D., Hickey, A., & O'Neil, D. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: A review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 77(11), 1208-1218. doi: [10.1136%2Fjnp.2005.085670](https://doi.org/10.1136%2Fjnp.2005.085670)
- Dworkin, E. R., Sorell, N. R., & Allen, N. E. (2016). Individual-and setting-level correlates of secondary traumatic stress in rape crisis center staff. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(4), 743–752. doi: [10.1177/0886260514556111](https://doi.org/10.1177/0886260514556111)
- Eastwood, C. D., & Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(2), 103–122. doi: [10.1080/08865710802309972](https://doi.org/10.1080/08865710802309972)
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25-36. doi: [10.1016/j.cpr.2010.09.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004)
- Ensel, W. M., & Lin, N. (2000). Age, the stress process, and physical distress: The role of distal stressors. *Journal of Aging and Health*, 12(2), 139-168. doi: [10.1177/089826430001200201](https://doi.org/10.1177/089826430001200201)
- Ferdinand, D. (2011). *Examining the risk and resiliency factors associated with the development of secondary traumatic stress in mental health practioners* (Doktoravhandling, Massachusetts School of Professional Psychology). Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/915643537>
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. I C. R. Figley (Red.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. London: Brunner-Routledge.

- Figley, C. R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work, 40*(2), 25–31. doi: [10.1093/hsw/hlv026](https://doi.org/10.1093/hsw/hlv026)
- Finn, R., Learmonth, M., & Reedy, P. (2010). Some unintended effects of teamwork in healthcare. *Social Science & Medicine, 70*(8), 1148-1154. doi: [10.1016/j.socscimed.2009.12.025](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.025)
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774. doi: [10.1146/annurev.psych.55.090902.141456](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456)
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews, 27*(1), 78-91. doi: [10.1093/epirev/mxi003](https://doi.org/10.1093/epirev/mxi003)
- Gibson, E. L., & Greene, M. W. (2002). Nutritional influences on cognitive function: mechanisms of susceptibility. *Nutrition Research Reviews, 15*(1), 169-206. doi: [10.1079/NRR200131](https://doi.org/10.1079/NRR200131)
- Gillespie, S. D. (2014). *Spirituality, mindfulness, self-compassion, and religiosity as predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in therapists* (Doktoravhandling, Trevecca Nazarene University). Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1862197239>
- Gulin, S. (2017). *Predictors of vicarious traumatization among trauma clinicians and general mental health providers: A comparison* (Doktoravhandling, Virginia Commonwealth University). Hentet fra <https://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6160&context=etd>
- Halevi, E., & Idisis, Y. (2018). Who helps the helper? Differentiation of self as an indicator

- for resisting vicarious traumatization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 698-705. doi: [10.1037/tra0000318](https://doi.org/10.1037/tra0000318)
- Harrison, Y., & Horne, J. (1997). Sleep deprivation effects speech. *Sleep*, 20(10), 871-877. doi: [10.1093/sleep/20.10.871](https://doi.org/10.1093/sleep/20.10.871)
- Hatcher, S. S., Bride, B. E., Oh, H., King, D. M., & Catrett, J. F. (2011). An assessment of secondary traumatic stress in juvenile justice education workers. *Journal of Correct Health Care*, 17(3), 208-217. doi: [10.1177/1078345811401509](https://doi.org/10.1177/1078345811401509)
- Heir, T., Bonsaksen, T., Grimholt, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Lerdal, A., & Schou-Bredal, I. (2019). Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. *BJPsych Open*, 5(5), 1-7. doi: [10.1192/bjo.2019.62](https://doi.org/10.1192/bjo.2019.62)
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218. doi: [10.1097/00006842-197905000-00004](https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004)
- Høie, B. (2020, 14. januar). Sykehustalen 2020. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2020/id2685663/>
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kagee, A. (2002). Concerns about the effectiveness of critical incident stress debriefing in ameliorating stress reactions. *Critical Care*, 6(1), 88. doi: [10.1186/1459-2576-6-88](https://doi.org/10.1186/1459-2576-6-88)
- Kirkehei, I., Lindahl, A. K., & Tinnå, M. (2012). *Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser. Et systematisk litteratursøk. Notat fra Kunnskapssenteret*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kornør, H. (2013, 18. desember). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Hentet fra https://ungsinn.no/post_tiltak/tf-cbt/

- Kushner, K., & Marnocha, M. (2008). Meditation and relaxation. I W. T. O'Donohue & N. A. Cummings (Red.), *Evidence-based Adjunctive Treatments: Practical Resources for the Mental Health Professional* (s. 177-205). Reno: Academic Press.
- Kyer, B. D. (2016). *Surviving compassion fatigue: Help for those who help others*. Columbus: Gatekeeper Press.
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F., & Sørgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: Trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 11-19. doi: [10.1007/s00127-016-1295-3](https://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3)
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19(3), 129-138. doi: [10.1002/smi.969](https://doi.org/10.1002/smi.969)
- Lounsbury, C. L. (2006). *Risk and protective factors of secondary traumatic stress in crisis counselors* (Doktoravhandling, University of Maine). Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/305300249?pq-origsite=gscholar>
- Maguire, G., & Byrne, M. (2017). The law is not as blind as it seems: Relative rates of vicarious trauma among lawyers and mental health professional. *Psychology and Law*, 24(2), 233-243. doi: [10.1080/13218719.2016.1220037](https://doi.org/10.1080/13218719.2016.1220037)
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 333-338. doi: [10.1016/j.apnu.2015.06.001](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001)
- Marshall, G. N., Miles, J. N. V., & Stewart, S. H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: Evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 143-150. doi: [10.1037/a0018009](https://doi.org/10.1037/a0018009)

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. doi: [10.1002/wps.20311](https://doi.org/10.1002/wps.20311)
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: [10.1146/annurev.psych.52.1.397](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397)
- Mealer, M., Moss, M., Good, V., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. (2016). What is burnout syndrome (BOS)? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194, 1-2. doi: [10.1164/rccm.1941P1](https://doi.org/10.1164/rccm.1941P1)
- Neri, D. F., Wiegmann, D., Stanny, R. R., Shappell, S. A., McCardie, A., & McKay, D. L. (1995). The effects of tyrosine on cognitive performance during extended wakefulness. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 66(4), 313-319. PMID: [7794222](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7794222/)
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57-68. Hentet fra <https://psycnet.apa.org/record/2010-23187-006>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 530-536. doi: [10.13140/2.1.4060.7361](https://doi.org/10.13140/2.1.4060.7361)
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239. doi: [10.1521/psyc.65.3.207.20173](https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173)
- Ortega-Campos, E., Vargas-Román, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Cañadas-de la Fuente, G. A., Albendín-García, L., & Gómez-Urquiza, J. L. (2020). Compassion

- fatigue, compassion satisfaction, and burnout in oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Sustainability*, 12(1), 72-84. doi: [10.3390/su12010072](https://doi.org/10.3390/su12010072)
- Pearlman, L. A. (2003). *Trauma and Attachment Belief Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565. doi: [10.1037/0735-7028.26.6.558](https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558)
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: W. W. Norton & Company.
- Peled-Avram, M. (2017). The role of relational-oriented supervision and personal and work-related factors in the development of vicarious traumatization. *Clinical Social Work Journal*, 41(1), 22-32. doi: [10.1007/s10615-015-0573-y](https://doi.org/10.1007/s10615-015-0573-y)
- Penix, E. A., Kim, P. Y., Wilk, J. E., & Adler, A. B. (2019). Secondary traumatic stress in deployed healthcare staff. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 1-9. doi: [10.1037/tra0000401](https://doi.org/10.1037/tra0000401)
- Petersen, K. L. (2014). *Secondary traumatic stress in mental health providers* (Doktoravhandling, Fielding Graduate University). Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1625974122>
- Roden-Foreman, J. W., Bennett, M. M., Rainey, E. E., Garrett, J. S., Powers, M. B., & Warren, A. M. (2017). Secondary traumatic stress in emergency medicine clinicians. *Cognitive Behavior Therapy*, 46(6), 522-532. doi: [10.1080/16506073.2017.1315612](https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1315612)
- Sabin-Farell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of mental health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449-480. doi: [10.1016/s0272-7358\(03\)00030-8](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(03)00030-8)

- Sahin, N. H., Batigun, A., & Yilmaz, B. (2001). Psychosocial risk factors and post-disaster trauma. *UNICEF-MoNE psychosocial school project effectiveness research*. Tyrkia: UNICEF.
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(9), 460-467. doi: [10.1177/070674371405900902](https://doi.org/10.1177/070674371405900902)
- Singareddy, R., Vgontaz, A. N., Mendoza, J. F., Liao, D., Calhoun, S., Shaffer, M. L., & Bixler, E. O. (2012). Risk factors for incident chronic insomnia: A general population prospective study. *Sleep Medicine*, 13(4), 346-353. doi: [10.1016/j.sleep.2011.10.033](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.10.033)
- Solomon, Z., Neria, Y., Ohry, A., Waysman, M., & Ginzburg, K. (1994). PTSD among Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 554-559. doi: [10.1176/ajp.151.4.554](https://doi.org/10.1176/ajp.151.4.554)
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL Manual*. Idaho State University: Sidran Press.
- Tosone, C., McTighe, J. P., Bauwens, J., & Naturale, A. (2011). Shared traumatic stress and the long-term impact of 9/11 on Manhattan clinicians. *Journal of Traumatic Stress*, 24(5), 546-552. doi: [10.1002/jts.20686](https://doi.org/10.1002/jts.20686)
- Traumatic Stress Institute (1994). *The TSI Belief Scale*. South Windsor, CT, 06074-1369.
- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology*, 23(2), 172-185. doi: [10.1037/trm0000116](https://doi.org/10.1037/trm0000116)
- van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS One*, 10(8), 1-22. doi: [10.1371/journal.pone.0136955](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955)

- Van Vliet, K. J. (2010). Shame and avoidance in trauma. I E. Martz (Red.), *Trauma Rehabilitation After War and Conflict*. New York: Springer.
- Vogt, D., Smith, B. N., Fox, A. B., Amoroso, T., Taverna, E., & Schnurr, P. P. (2017). Consequences of PTSD for the work and family quality of life of female and male U.S Afghanistan and Iraq War Veterans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 341-352. doi: [10.1007/s00127-016-1321-5](https://doi.org/10.1007/s00127-016-1321-5)
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale-revised. I J. P. Wilson & T. M. Keane (Red.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (s. 399-411). New York: Guilford Press.
- Weitkamp, K., Daniels, J. K., & Klasen, F. (2014). Psychometric properties of the questionnaire for secondary traumatization. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). doi: [10.3402%2Fejpt.v5.21875](https://doi.org/10.3402%2Fejpt.v5.21875)
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases (11th ed.)*. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zacharcenko, A. (2006). *Examining vicarious traumatization* (Doktoravhandling, Philadelphia College of Osteopathic Medicine). Hentet fra https://digitalcommons.pcom.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1406&context=psychology_dissertations